indice

RPS

Nota dei curatori 7

Europa. Fra federalismo e «riaccentramento»

Maurizio Ferrera
Dal welfare state alle welfare regions:
la riconfigurazione spaziale della protezione sociale in Europa 17

Yuri Kazepov, Eduardo Barberis
La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa:
alcune riflessioni sui processi di *rescaling* e governance 51

Europa e Italia. I processi
di regionalizzazione nei sistemi sanitari

Franca Maino, Emmanuele Pavolini
Il welfare sanitario in Europa
tra decentramento e ri-accentramento 79

Stefano Neri
Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali
e la governance del sistema sanitario 97

Stefano Cecconi
Italia. Ssn e servizi sanitari regionali:
disavanzi ed equità 115

L'Italia delle Regioni

Emmanuele Pavolini
Governance regionali: modelli e stime di performance 149

Ugo Ascoli
Governare il welfare a livello locale: una nota su politica, burocrazia e coalizioni di interessi 179

Maria Cecilia Guerra
Federalismo fiscale: quale finanziamento per quali funzioni 187

Andrea Tardiola
Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare 209

Marco Arlotti
Regionalismo all'italiana? Considerazioni a partire dalla dimensione finanziaria delle politiche sociali regionali 217

Italia. Processi di regionalizzazione e settori di policy

Manuel Marocco
Regionalizzazione e mercato del lavoro 241

Gianfranco Coronas, Saul Meghnagi
Regionalizzazione e formazione professionale 257

Ilaria Madama
Regionalizzazione e politiche socio-assistenziali 289

Francesca Carrera, Mauro Pellegrino
Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza 313

Rubriche

PAROLA CHIAVE
L'invenzione delle regioni: riorganizzazione politica e governo territoriale nell'Europa occidentale
Michael Keating 345

MATERIALI
Welfare locale e istituzioni riflessive.
Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia
Lavinia Bifulco, Massimo Bricocoli, Raffaele Monteleone 367

SEGNALAZIONE
Manifesto del «Seminario permanente sulle politiche sociali e formative e l'empowerment del cittadino - Semper» 387

Gli autori 395

English Abstracts 399

Call for paper 409

Nota dei curatori

Non è la prima volta che «Rps» dedica uno dei suoi fascicoli al welfare territoriale. Precedenti monografie hanno approfondito il processo di riassetto del welfare locale suscitato dall'entrata in vigore della legge n. 328 del 2000 e dalla successiva riforma del Titolo V della Costituzione (n. 2-05), nonché l'analisi dei difficili processi di integrazione socio-sanitaria (n. 1-07).

Entrambi quei fascicoli incrociavano argomenti relativi all'ambito istituzionale entro cui le politiche e i processi di riforma del welfare territoriale avrebbero trovato più o meno certi e pieni percorsi attuativi. In quei fascicoli l'ottica era però rivolta a cogliere soprattutto le dimensioni e i cambiamenti di questa componente «emergente» del welfare, da tempo ormai cruciale nei sistemi di benessere in quanto interfaccia delle domande sociali di servizi e interventi di cittadinanza e di inclusione, ma persistentemente caratterizzata dalla presenza di dotazioni finanziarie limitate e da un'articolazione del sistema d'offerta diseguale nelle sue diverse articolazioni territoriali.

Nel caso di questo fascicolo l'ottica adottata è stata un'altra. Qui la regione o, se si preferisce, il territorio inteso come dimensione istituzionale, ha costituito il punto di riferimento dell'impianto complessivo della monografia con l'obiettivo di fornire materiali di informazione e studio su alcuni dei temi oggi più interessanti o ricorrenti nel dibattito sulle riforme socio-istituzionali. Le sezioni in cui il fascicolo si articola corrispondono sostanzialmente ad altrettante intenzioni di approfondimento. In primo luogo si è voluto collocare la questione della regionalizzazione e del decentramento dello Stato in un contesto analitico di riferimento appropriato e più ampio di quello limitato ai nostri confini, prevalente nell'attuale confronto politico nazionale. Dagli anni settanta in avanti, contemporaneamente all'affacciarsi sulla scena di nuove domande sociali dei soggetti non adeguatamente integrati nel mondo del lavoro stabile o resi più fragili dalle varie instabilità tipiche della post-modernità, in Europa hanno iniziato a convergere processi di riequilibrio dei poteri pubblici verso i livelli sovra e sub-nazionali di governo che, esprimendo la crisi del modello di Stato emerso dalla seconda guerra mondiale, iniziano a dare concretamente luogo a nuove

e maggiori attribuzioni decisionali ai livelli sub-nazionali nella programmazione e gestione complessiva di governo, ivi compreso il welfare. L'Europa comunitaria, inoltre, nascendo come risposta al caos postbellico e alla crisi della sovranità statale causata dalla seconda guerra mondiale, afferma il criterio multilivello di gestione del processo politico comunitario e la volontà di costruire una nuova entità politica nella quale l'autorità e la capacità d'influenza nell'elaborazione delle politiche potessero essere condivise da un'insieme di attori pubblici e privati attivi ai diversi livelli di governo, anche sulla base di un processo di decentramento amministrativo e di crescita dei poteri locali. L'Europa agisce quindi in una prospettiva di aggiramento delle resistenze nazionali al processo di integrazione delle regioni o dei territori, che operano a loro volta in una prospettiva di crescita progressiva del loro ruolo autonomo di governo. I saggi di Ferrera, di Keating, quello di Kazepov e Barberis e, in modo diverso, quello di Maino e Pavolini vanno in questa direzione. Senza entrare qui nel merito dei diversi aspetti trattati, ci si limita ad osservare che tutti offrono all'analisi del nostro regionalismo presente e futuro un'ampia e necessaria cornice europea, illustrando come quella del decentramento sia una tendenza comune ai vari paesi, con processi contemporanei, talvolta alternati, di de-territorializzazione e ri-territorializzazione. Processi che hanno dato luogo al «nuovo regionalismo» come prodotto di questa scomposizione e ricomposizione della cornice territoriale della vita pubblica, determinata dai mutamenti dello Stato, del mercato e del contesto internazionale. Questo, nel caso delle politiche sociali e di quelle sanitarie, rispecchia le morfologie istituzionali e gli assetti organizzativi propri dei diversi paesi, rispondendo contemporaneamente anche alle esigenze e alle azioni implicate dal processo di integrazione europea.

Le altre intenzioni della monografia coincidono con alcune prioritarie esigenze di analisi dell'attuazione e delle prospettive del regionalismo nel nostro paese. Sotto il profilo degli esiti, molto spazio è stato dato all'esame del sistema sanitario, in quanto la sanità pubblica rappresenta uno dei principali terreni in cui i processi di decentramento sono stati precursori e dunque, nel tempo, più marcati e dibattuti. Si è già accennato al saggio di Maino e Pavolini, in cui – secondo l'ottica sopra richiamata – viene presentato un quadro comparativo degli assetti istituzionali adottati in vari paesi dell'Europa occidentale nel settore sanitario. Lo studio mostra come non sia possibile individuare una tendenza e una tempistica comuni a tutti i paesi occidentali. Al

contrario, il tipo di modello adottato (assicurativo o basato su di un Sistema sanitario nazionale) e l'appartenenza a differenti «famiglie» di welfare (scandinava, anglosassone, continentale o mediterranea) influenzano il percorso compiuto negli ultimi decenni dai vari sistemi sanitari pubblici in termini di decentramento e, in alcuni casi, di riaccentramento. I due saggi pubblicati sull'Italia offrono letture in parte differenziate, ma fra loro integrabili. Neri sostiene come, a seguito del decentramento del Servizio sanitario nazionale, siano andati configurandosi processi di differenziazione istituzionale tra le Regioni e una diversa modellistica di governance che in epoca più recente sta lasciando il passo ad una parziale convergenza basata sui principi di cooperazione e di integrazione tra le organizzazioni sanitarie. Secondo Neri questa tendenza rappresenta probabilmente una risposta al problema comune del controllo della spesa e del risanamento finanziario che, nei casi più critici, rischia di condizionare pesantemente l'autonomia regionale innescando processi di ricentralizzazione del Ssn. Una lettura diversa, ma non incoerente, quella svolta, sotto una diversa angolazione, dall'autore dell'altro saggio inerente al Sistema sanitario italiano. Alla luce degli sviluppi e delle prossime decisioni in tema di federalismo fiscale, Cecconi si concentra infatti sui problemi di differenziazione e di divario presenti in particolare fra le Regioni settentrionali e quelle meridionali del paese e relativi soprattutto ai livelli essenziali delle prestazioni e alla situazione economico-finanziaria. Dall'analisi condotta risulta come frequentemente il disavanzo non sia dovuto al sottofinanziamento, quanto alle scelte di programmazione e organizzative: nelle Regioni meno virtuose vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e distorsioni dell'offerta mentre nelle Regioni più virtuose si rilevano indicatori che segnalano una migliore organizzazione e maggiore appropriatezza. Si evidenzia così l'importanza della governance locale e contemporaneamente la necessità, tanto più in un paese federale, di una forte regia nazionale per garantire l'uniforme diffusione dei livelli essenziali di prestazioni in tutto il paese.

Gli altri due assi tematici della monografia riguardano rispettivamente il funzionamento delle Regioni in quanto tali, in relazione alle scelte di governance, agli stili burocratici, alle dotazioni finanziarie e – nella sezione successiva – l'analisi della regionalizzazione per vari settori di policy. La prima delle due prospettive è aperta dal saggio di Pavolini. L'analisi del welfare regionale viene condotta nell'ottica di una comprensione generale delle modalità di trasformazione dei sistemi politici e socio-economici regionali, con un'attenzione ad interpretare la va-

rietà dei livelli di «performance» dei sistemi di welfare regionale e ad individuarne i fattori esplicativi, valutando il ruolo di dimensioni quali l'orientamento politico, i modelli di governance, il livello di sviluppo economico e alcuni aspetti di natura socio-culturale. Ad integrazione – con la densità di una lettura breve, teorica e allo stesso tempo dall'interno – il contributo di Ugo Ascoli che illustra alcuni dei principali nodi inerenti al *fare* politiche sociali a livello regionale, attinenti ai modelli e alle filosofie di intervento, alle caratteristiche degli amministratori, al rapporto fra burocrazia e politica e fra i vari livelli di governo. Ancora nell'ottica dell'analisi del funzionamento, i tre saggi dedicati alla dimensione finanziaria. Maria Cecilia Guerra riflette sull'attuazione del federalismo fiscale in Italia, concentrando la sua attenzione sul legame necessario fra la tipologia delle funzioni legislative e amministrative attribuite agli enti decentrati e le modalità di finanziamento che ne permettano l'esercizio e il disegno perequativo. Le visioni diverse che si confrontano su questo sottendono diverse concezioni della solidarietà tra cittadini, dell'autonomia degli enti territoriali e della loro responsabilizzazione, del conflitto redistributivo fra il Nord e il Sud. Secondo Guerra, le problematiche relative alla definizione e al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni esemplificano come i nodi principali non riguardino tanto la legge delega, rispetto alla quale ci si sta orientando su principi direttivi generali spesso aperti a interpretazioni diverse, quanto l'individuazione delle modalità effettive della sua attuazione. Segue il contributo di Tardiola, che efficacemente si concentra su una componente cruciale dei progetti di attuazione della riforma in senso federalista dell'ordinamento italiano: il ricorso al costo standard come criterio per sostituire, insieme al fabbisogno standard, quello della spesa storica. Viene così messa in luce la complessità sia di natura tecnica e metodologica, sia di natura politica della messa a regime del nuovo sistema. E viene soprattutto portata l'attenzione su quanto un aspetto di natura apparentemente strumentale, quale il costo standard, possa contribuire a definire il tipo di federalismo che sarà attuato nel paese e, con riferimento alle politiche di welfare, come esso possa costituire uno dei discrimini tra un sistema che riduca i margini di autonomia dei territori ed uno che li garantisca (ma incorporando i rischi di un minore controllo dei differenziali già oggi drammaticamente esistenti). L'approccio di Arlotti, che chiude questa sezione, è nuovamente di taglio più generale e analizza, attraverso la dimensione finanziaria, l'attuale stato del regionalismo sociale italiano in seguito ai profondi cambiamenti

che hanno investito l'organizzazione territoriale delle competenze e funzioni. Ne risulta un quadro caratterizzato da persistenze, ma anche da alcuni segnali di cambiamento esemplificativi di una certo protagonismo regionale che può far prefigurare tanto nuove opportunità, quanto rischi interagenti con lo sbilanciamento territoriale delle politiche sociali sulla dimensione regionale.

La sezione dedicata alle declinazioni regionali delle politiche del lavoro, della formazione, dell'assistenza sociale e per la non autosufficienza, contiene saggi di Marocco, Coronas e Meghnagi, Madama, Carrera e Pellegrino che affrontano gli sviluppi e gli attuali assetti del regionalismo, individuando le evoluzioni anche nei profili di policy e delle prestazioni ad essi connessi.

Nella sezione «materiali» viene infine pubblicato un contributo di Bifulco, Bricocoli e Monteleone che – considerato come, in seguito ai processi di decentramento, molte Regioni italiane stiano operando come laboratori delle politiche, sviluppando approcci molto differenti in sintonia con i loro orientamenti politici – trae spunto dall'analisi di un programma pilota volto a promuovere e implementare pratiche innovative nei servizi sociali e sanitari in Friuli-Venezia Giulia, giungendo ad inquadrare e discutere il tipo di sviluppo attuale del «welfare locale attivo» in Italia.

La lettura di questo insieme di saggi offre, quindi, complessivamente un quadro articolato della situazione italiana in un'ottica comparativa sia internazionale che interregionale. A tal riguardo, in conclusione, il fascicolo di «Rps» stimola varie domande e fa sorgere interrogativi sulla presenza di uno specifico modello di welfare regionalista, definibile anch'esso «all'italiana», così come si affermava già, oltre venti anni fa, per lo stato sociale complessivo del nostro paese[1]. La domanda di fondo (e i relativi timori) rimane sempre la stessa: come è e come sarà possibile rafforzare un modello regionale e federalista di stato sociale in un paese che, come ci ricordano vari autori, è quello caratterizzato dalle più ampie disparità territoriali, con una pesante linea di demarcazione Nord-Sud. Non esistono in Europa altri paesi connotati da una polarizzazione territoriale così forte nel campo dello sviluppo economico: Cartocci, in un suo recente studio, illustra molto bene tale punto, comparando i principali Stati dell'Europa occidentale, e facendo notare che realtà quali Germania Est e Spagna del Sud risultano, ad esempio, meno distanti dalle regioni più ricche e dinamiche dei ri-

[1] Ascoli U., a cura di, *Welfare State all'italiana*, Laterza, Bari, 1984.

spettivi paesi di quanto non avvenga per l'Italia meridionale[2]. Sempre lo stesso studioso, nel saggio citato, conferma una frattura fondamentale, in termini di dotazione di «capitale sociale» fra Centro-Nord e Sud. Inoltre praticamente tutti i saggi dedicati all'Italia qui presentati concordano nell'indicare come nelle regioni del Sud, ad un ritardo economico si accompagni una minore capacità di governo (tecnico-politico) del welfare territoriale.

Alla vigilia di un nuovo balzo federalista, quindi, appaiono molto (forse troppo) diversificate e diseguali le precondizioni (economiche, ma anche socio-culturali e organizzative) da cui i territori italiani partono per poter sviluppare sistemi di welfare territoriali accettabili. È pertanto difficile prevedere le traiettorie che, da qui a 10 anni, si svilupperanno nel welfare territoriale. Accanto a scenari più ottimisti, in cui si andrà verso una convergenza nella capacità regionale di offrire risposte pubbliche a problemi sociali, se ne possono individuare almeno due relativamente più foschi, in buona parte collegabili fra loro: una cristallizzazione o una crescita delle differenze di rendimento nel welfare territoriale, tale da sancire definitivamente il tramonto dell'idea di una cittadinanza sociale omogenea da Nord a Sud; lo sviluppo di un welfare territoriale «a due velocità» e con due modelli di regia differenti, con regioni del Centro-Nord sempre più autonome ed in grado di sviluppare sistemi di intervento più adatti al mutare delle esigenze socio-economiche, e un Sud a costante rischio di «commissariamento» da parte dello Stato centrale, per via dell'incapacità di gestire ed amministrare efficientemente ed efficacemente le risorse. La lettura parallela in questo numero dei saggi di Cecconi e di Neri, entrambi dedicati alla sanità, settore di welfare che, per eccellenza, è stato in questi anni di competenza regionale, lascia ipotizzare il delinearsi di un possibile futuro in cui le differenze fra welfare regionali si giocheranno non solo sulla diversa capacità di sviluppare servizi, ma anche sul diverso grado di autonomia nell'impostare le politiche. Il modello di welfare regionale «all'italiana» del futuro (e già in buona parte del presente) rischia, quindi, di caratterizzarsi, rispetto a quanto avviene in altri paesi a natura federalista, per la dirompente differenza territoriale in termini di sviluppo economico, capitale sociale e capacità di organizzare politiche adeguate, differenza tale da pregiudicare il principio di cittadinanza sociale e di autonomia sostanziale locale per molte aree d'Italia.

[2] Cartocci R., *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007.

«Rps» è infine lieta di poter pubblicare, per l'interesse ricoperto dall'iniziativa e anche data una certa assonanza con il tema monografico del fascicolo, il Manifesto del «Seminario permanente sul welfare locale e i processi partecipativi - Semper». Il seminario, nato da un'esperienza di ricerca nell'ambito del Dipartimento di innovazione e società (Dies) dell'Università di Roma «Sapienza», è coordinato da Massimo Paci ed è composto da docenti, dottorati, dottorandi, studenti della stessa facoltà e di altre. Nel documento viene delineato il percorso programmatico di analisi e riflessione del gruppo, con cui si intende contribuire allo sviluppo di un'ottica specifica che legge il cambiamento in atto nelle politiche sociali e formative secondo la tendenza ad una maggiore uguaglianza ed empowerment dei cittadini e entro un sistema di welfare democratico e partecipativo.

Maria Luisa Mirabile, Emmanuele Pavolini

Europa.
Fra federalismo e «riaccentramento»

Dal welfare state alle welfare regions: la riconfigurazione spaziale della protezione sociale in Europa

Maurizio Ferrera*

Nel corso dell'ultimo ventennio le unità territoriali di livello sub-nazionale hanno accresciuto il proprio ruolo e la propria rilevanza in molti ambiti della protezione sociale: dalla sanità ai servizi sociali, dalle politiche attive del lavoro all'inclusione. Questa tendenza è connessa a due macro-fattori. Il primo è di natura endogena ed è connesso alle crescenti difficoltà dei governi centrali nel gestire le politiche sociali sul piano finanziario e organizzativo, peraltro in presenza di nuovi orientamenti e movimenti neo-localistici. Il secondo fattore è l'integrazione europea, che ha progressivamente attenuato le «cinture di protezione» regolativa attorno agli stati nazionali e fornito incentivi e risorse capaci di attivare processi di «region-building», in buona misura imperniati proprio sulla differenziazione territoriale delle politiche. Gli esiti di questi processi sono per ora aperti. Da un lato, la ri-territorializzazione potrebbe accrescere l'efficienza e l'efficacia degli strumenti di protezione sociale; dall'altro, essa potrebbe innescare dinamiche centrifughe, se non di vera e propria «destrutturazione» dei sistemi nazionali di welfare: uno scenario preoccupante per le sue conseguenze sociali e politiche.

1. Introduzione

I primi anni del XXI secolo hanno registrato un forte rilancio delle Regioni ed evidenti segnali di una riconfigurazione territoriale della protezione sociale, nell'ambito di un più ampio processo di trasformazione dello Stato nazionale europeo (Leibfried e Zürn, 2005; Paci, 2008). In molti paesi, le Regioni si sono affermate quali unità spaziali di riferimento per l'organizzazione di una risposta collettiva ai cosiddetti «nuovi rischi sociali» (Armingeon e Bonoli, 2006). I governi regionali sono a loro volta diventati importanti attori politici e istituzionali e si sono sempre più impegnati in attività di mobilitazione politica

* L'autore desidera ringraziare Valeria Sparano per il prezioso lavoro di assistenza bibliografica, editoriale e di aggiornamento dei dati empirici.

e di *voice*, sia orizzontale (nei confronti di altre Regioni), sia verticale (nei confronti dei governi locali di livello inferiore e dei governi nazionali di livello superiore). Essi sono inoltre i principali protagonisti, e i centri nevralgici, dell'emergenza e del funzionamento di quei *governance networks*, estesi ad attori non-pubblici, che stanno diventando sempre più importanti per la definizione e implementazione di molti programmi economici e sociali volti alla crescita e allo sviluppo territoriale (Keating e McEwen, 2006). Com'è noto, i teorici della *multilevel governance* considerano esplicitamente le Regioni come il «terzo livello» della nuova *polity* europea (Jeffery, 1997; Hooghe e Marks, 2001), caratterizzato da un'autonomia istituzionale e da una logica di sviluppo chiaramente riconoscibili. Date le dimensioni dei «vecchi» schemi di protezione sociale, sarebbe fuorviante e del tutto prematuro ritenere che si sia ormai compiuto un processo di «denazionalizzazione» della protezione sociale europea. Ma è probabile che il terzo livello regionale avrà conseguenze molto rilevanti per la formazione della nuova *polity* europea in generale e per la futura configurazione della protezione sociale in particolare.

In questo saggio si affronterà la questione della regionalizzazione della protezione sociale in tre passaggi. Innanzitutto verrà brevemente ricostruita la «parabola territoriale» della protezione sociale in Europa, dalla sua prima introduzione alla fine del XIX secolo fino ai giorni nostri, mettendo in luce i principali fattori endogeni che spiegano le recenti tendenze verso la regionalizzazione. In secondo luogo, si discuterà il ruolo giocato dall'integrazione europea nel promuovere e accelerare tali tendenze e nell'incoraggiare l'emergere di un sistema di «*region-building* competitivo» in gran parte incentrato sulle questioni di politica sociale. Infine, prenderemo in considerazione alcuni esempi significativi di subnazionalizzazione della protezione sociale, analizzando alcuni casi di aggregazioni regionali transfrontaliere per la cooperazione in materia di politica sociale e alcuni specifici programmi e iniziative promossi dall'Ue al fine di favorire la cooperazione transregionale e translocale nel campo dei servizi sociali e per il lavoro.

2. Ritorno al punto di partenza? La parabola territoriale della protezione sociale europea

La protezione sociale emerse in Europa come una sfera d'attività altamente localizzata. I suoi primi protagonisti, operanti con discrezio-

nalità decisionale e particolarismo territoriale, furono le parrocchie, i Comuni, gli enti di beneficenza e, più tardi, le società di mutuo soccorso. Come sottolineato da T.H. Marshall (1950), la costruzione della cittadinanza comportò un lento e fragile processo di «fusione» istituzionale di ambiti di interazione sociale precedentemente circoscritti, regolati da propri codici di condotta, formali e informali. L'esistenza di periferie forti, vale a dire di aree caratterizzate da una tradizione di distintività culturale, autonomia politica e indipendenza economica, ostacolò il consolidamento e l'unificazione interna dello Stato centrale. In tali contesti, la rimozione dei confini locali e soprattutto la fusione delle pratiche e dei legami di condivisione preesistenti in un unico «contenitore nazionale» incontrarono numerose difficoltà. L'unificazione amministrativa del territorio dello Stato, basata sui principi dell'uguale cittadinanza, poté procedere infatti solo molto lentamente. L'esempio più emblematico è senza dubbio offerto dalla Svizzera, dove le tradizionali forme di solidarietà dei Cantoni, basate sul *self-help* associativo, unite ad alti livelli di partecipazione politica e di democrazia diretta a livello locale, rallentarono in misura significativa lo sviluppo del welfare state nazionale, in termini sia qualitativi sia quantitativi (Flora, 1986; Obinger, Armingeon, Bonoli e Bertozzi, 2005). Com'è noto, il federalismo ostacolò la formazione del welfare state anche nel contesto nordamericano, sia in Canada, sia negli Stati Uniti (Banting, 1995; Flora e Heidenheimer, 1981; Obinger, Leibfried e Castles, 2005).

I cambiamenti dei *cleavages* centro-periferia e Stato-Chiesa, legati al processo di costruzione dello Stato nazione, furono particolarmente rilevanti per la strutturazione originaria dei «servizi sociali» (istruzione, sanità, assistenza ai poveri) (Flora, 1986). In molti casi, le periferie forti e le subculture forti (specialmente quelle religiose) avevano già sviluppato in questi settori pratiche e strutture istituzionali solide, con legami radicati nel territorio circostante in termini di norme culturali, finanziamento, gestione e così via. I margini di manovra di cui potevano godere tali pratiche e strutture ritardarono di molto la penetrazione in queste sfere da parte delle autorità pubbliche, e persino in quei paesi dove si ebbe infine un completo (o quasi) controllo statale e una piena nazionalizzazione (come in Italia, Germania, Belgio o Olanda) le tradizioni periferiche e localistiche lasciarono un residuo istituzionale che riemerse quando la parabola statale-nazionale della protezione sociale iniziò a mostrare – come vedremo – i primi segnali di inversione.

I *cleavages* centro-periferia e Stato-Chiesa giocarono un ruolo decisamente minore nel campo dei trasferimenti sociali. L'assicurazione sociale pubblica e obbligatoria fu una nuova invenzione; c'era ben poco da fondere tra i territori subnazionali quando tra la fine del diciannovesimo e l'inizio del ventesimo secolo furono introdotti i primi schemi di assicurazione. In alcuni paesi, l'introduzione dell'assicurazione sociale fu ritardata dall'opposizione periferica: le elite subnazionali e subculturali erano consapevoli del ruolo che i nuovi schemi potevano giocare nel processo di consolidamento dello Stato centrale e lottarono quindi per difendere le proprie prerogative in questo campo. Ma persino i pilastri olandesi (gli *zuilen*, ossia le organizzazioni delle subculture cattolica, protestante e laica) accettarono, dopo la Prima guerra mondiale, l'assicurazione pensionistica statale così come fecero, dopo la Seconda guerra mondiale, anche i cantoni svizzeri (Ferrera, 2005). Il nuovo sistema poteva offrire vantaggi materiali senza precedenti a numerosi gruppi sociali, ma era necessario che esso avesse un'ampia portata in termini di appartenenza assicurativa. Questo richiedeva a sua volta la mobilitazione di risorse amministrative e coercitive che solo lo Stato centrale poteva accumulare. Sebbene le riforme introdotte da Bismarck rispondessero principalmente alle minacce politiche della nuova questione sociale legata all'industrializzazione capitalistica, esse ebbero anche chiari scopi di *state-building*: miravano a consolidare la posizione del Reich rispetto agli Stati federali, che negli anni ottanta del XIX secolo agivano ancora come *gatekeepers* dell'appartenenza territoriale attraverso le proprie leggi sulla cittadinanza (Manow, 2005).

Con l'avvento dell'assicurazione pubblica obbligatoria, i diritti sociali acquisirono sia un contenuto standardizzato sia una natura individualizzata, quali diritti soggettivi a certe forme di protezione pubblica – originalmente e tipicamente trasferimenti monetari. Poco dopo la sua introduzione (ma soprattutto durante i *Trente Glorieuses*), l'assicurazione sociale divenne un potente motore di centralizzazione, che aumentò la concentrazione delle risorse autoritative, amministrative e fiscali dello Stato nazionale. Tale motore operò anche nella direzione di una maggiore standardizzazione interna, vale a dire, di una maggiore uniformità tra le differenti aree geografiche e di una graduale eliminazione delle diversità tra le strutture e le pratiche istituzionali territoriali. Sebbene queste due tendenze influiscano generalmente sulla componente di trasferimento sociale del welfare state, esse ebbero alla fine un effetto di *spill-over* anche sui servizi sociali: i dipendenti di questi

ultimi entrarono a far parte della burocrazia pubblica, furono definiti (e a volte imposti a periferie ostili, soprattutto nel campo dell'istruzione e della sanità) standard di prestazione nazionali, e in alcuni casi furono istituite organizzazioni nazionali gestite dallo Stato centrale per soddisfare i bisogni sociali di categorie particolari, come gli orfani o i disabili.

In effetti, la nazionalizzazione della protezione sociale e la sua enorme espansione nei primi decenni successivi alla Seconda guerra mondiale ebbero implicazioni significative per la redistribuzione territoriale. Le tensioni tra centro e periferia rispetto alle scelte allocative e distributive della politica fiscale non si attenuarono, ma anzi tesero ad aumentare con la crescita del «*big-government*». La redistribuzione territoriale prodotta del welfare state fu tuttavia una conseguenza indiretta di trasferimenti sociali basati su classificazioni o attribuzioni che favorivano, ad esempio, le aree con alte percentuali di pensionati. Le posizioni di classe erano considerate come la fonte principale dei bisogni sociali e il conflitto di classe era la forza motrice della politica del welfare state. In molti paesi europei la redistribuzione territoriale era di per sé una questione politica molto meno saliente della redistribuzione interclassista e poté essere affrontata con un insieme separato di politiche esplicitamente rivolte allo sviluppo regionale per mezzo di trasferimenti fiscali assegnati territorialmente (La Spina, 2003).

La fase ascendente della parabola della nazionalizzazione del welfare state cominciò a rallentare nel corso degli anni sessanta, con una rinnovata enfasi sul ruolo del governo locale nella sfera dei servizi sociali (ad esempio nel Nord Europa) e l'avvio di un ampio dibattito sul decentramento e i suoi meriti. La prima ondata di riforme di decentramento si ebbe tuttavia solo nel corso degli anni settanta e ottanta, quando si avviò quasi ovunque un processo di razionalizzazione dei governi locali e di rafforzamento del loro ruolo di fornitori di servizi: in molti paesi, tra cui anche uno Stato fortemente centralizzato come la Francia (Le Galès e Lequesne, 1998; Sharpe, 1993; Moreno, 2003), furono istituiti «mesogoverni» (vale a dire unità di governo immediatamente al di sotto del livello nazionale, tipicamente le «Regioni»). L'Italia, la Spagna e il Belgio diventarono Stati regionali e si crearono così le basi per un graduale processo di federalizzazione. In quelli che erano già Stati federali (Germania, Austria e Svizzera) emerse un nuovo modello di relazioni intergovernative, basato sulla *Politikverflechtung* (l'intreccio delle competenze di policy e del policy-making tra i vari livelli di governo) e su un maggior attivismo da parte delle unità subna-

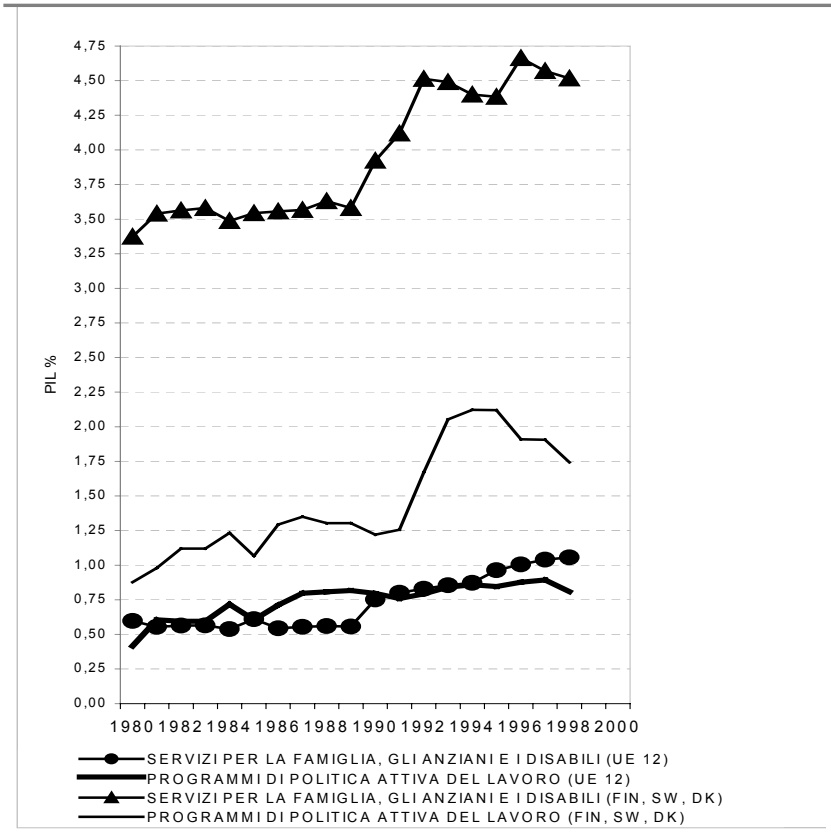
zionali nell'ambito di un federalismo più cooperativo, seppur in alcune occasioni «bloccato» (Baldi, 2003; Klatt, 1989; Scharpf, 1988; Manow, 2005).

Questa prima ondata di decentramento (e in particolare di regionalizzazione) fu in parte una risposta alle pressioni funzionali derivanti dal sovraccarico amministrativo dello Stato centrale e alla conseguente ricerca di modalità più efficaci di gestione dei servizi pubblici e di implementazione delle politiche nazionali (Le Galès, 2002). Ma fu in parte anche il risultato di dinamiche politico-istituzionali: l'attuazione di specifiche norme costituzionali (come in Italia, in Spagna e in Belgio), la crescente domanda di controllo e di partecipazione democratica (anche rispetto a settori di attività di competenza dello Stato, come l'istruzione, la sanità e i servizi sociali) e il graduale scongelamento dei *cleavages* e dei sistemi partitici tradizionali. Fu negli anni settanta e ottanta che in molti paesi europei fecero la loro prima rumorosa comparsa i partiti regionalisti, promuovendo o sfruttando la ripresa delle identità periferiche e delle rivalità interregionali (De Winter e Türsan, 1988). Una volta istituite quali livelli di governo eletti direttamente, le Regioni svilupparono naturalmente un interesse al proprio accrescimento ed elaborarono strategie più o meno deliberate di «*region-building* competitivo»[1], vale a dire di rafforzamento istituzionale alle spese sia di altre Regioni (una strategia che potrebbe essere chiamata *region-building* orizzontale) sia di altri livelli di governo *(region-building* verticale).

La tendenza verso il decentramento e il regionalismo fu anche connessa alla logica interna di sviluppo del welfare state, per almeno due ragioni. La prima ha a che fare con l'espansione dei servizi sociali in senso ampio. Nonostante i trasferimenti (e specialmente le pensioni) fossero in effetti la componente più dinamica della spesa sociale, dagli anni sessanta anche i servizi sociali iniziarono a crescere in modo significativo in termini di spesa, infrastrutture, dipendenti e utenti. I pionieri su questo fronte furono i paesi nordici (Fargion, 2000) che, avendo intrapreso tale percorso quando le risorse economiche erano ancora abbondanti, furono in grado di riconfigurare il profilo complessivo dei propri welfare state secondo un modello ad alta intensità di servizi. Come mostrato dalla figura 1, nel 1980 in Finlandia, Svezia

[1] La nozione di «*region-building* competitivo» prende a prestito l'idea di Banting di un processo di «*state-building* competitivo», che contrappose in Canada lo Stato federale alle province durante la formazione storica del welfare state nazionale (Banting, 1995).

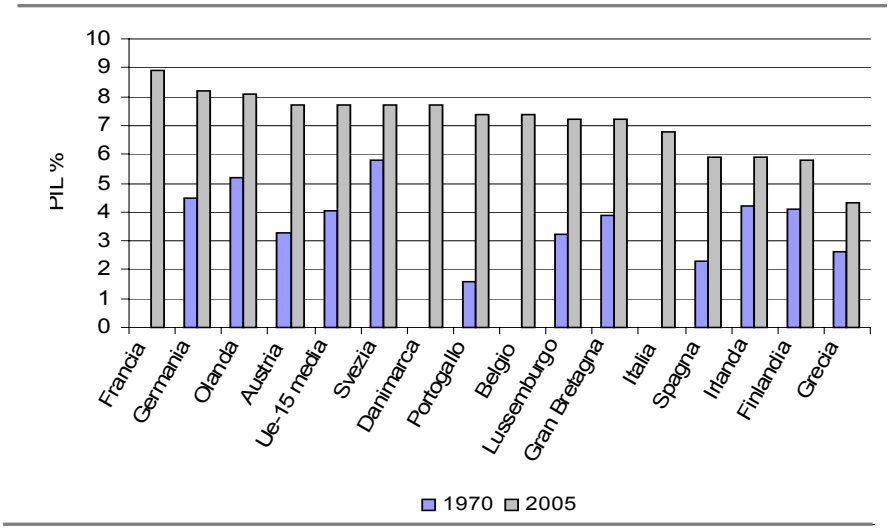
Figura 1 - L'andamento della spesa per i servizi sociali e per i programmi di politica attiva del lavoro nell'Unione europea (anni 1980-2000)



Nota: L'andamento della spesa è stato calcolato per due gruppi di paesi europei: Ue-12 include Austria, Belgio, Germania, Spagna, Grecia, Francia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo e Gran Bretagna; l'altro gruppo è costituito da tre paesi nordici: Finlandia, Svezia e Danimarca. I valori indicati rappresentano una media dei dati sulla spesa forniti dall'Ocse. Mancano i dati riguardanti: la spesa per i servizi per la famiglia, gli anziani e i disabili in Austria nei periodi 1981-4 e 1986-9; la spesa per i servizi per gli anziani e i disabili in Grecia nel periodo 1980-9; la spesa per i programmi di politica attiva del lavoro in Austria, in Italia e in Portogallo, rispettivamente nei periodi 1986-9, 1985-1990 e 1985. La spesa totale per i programmi di politica attiva del lavoro, così come definita dall'Ocse, corrisponde alla somma della spesa per servizi pubblici per l'impiego, formazione professionale, misure rivolte a favorire l'occupazione giovanile, incentivi all'occupazione e servizi per i disabili.
Fonte: Oecd, *Social Expenditure Database* 1980-1998; Oecd, *Employment Outlook*, Statistical Annex, vari anni.

e Danimarca i servizi per le famiglie, gli anziani e i disabili assorbivano in media già più del 3% del Pil e nel corso degli anni novanta superarono il 4,5% del Pil. Le politiche attive del lavoro partirono da circa l'1% nel 1980 e raggiunsero circa il 2% a metà degli anni novanta. Gli altri paesi europei si mossero più tardi, sotto vincoli di bilancio sempre più severi. Ma alla fine degli anni ottanta la spesa per i servizi cominciò in media a crescere anche al di fuori del contesto nordico. Come mostrato dalla figura 2, tra gli anni settanta e il 2005 anche la spesa sanitaria crebbe in modo significativo.

Figura 2 - La spesa pubblica per la sanità nell'Unione europea (anni 1970-2005)



Nota: La media dell'Ue-15 è stata calcolata sulla base dei dati disponibili per i 15 Stati membri. Mancano i valori di Belgio, Danimarca, Francia e Italia relativi al 1970.
Fonte: Oecd, *Health Data*, 2007.

Questa ricalibratura verso i servizi è in gran parte legata al mutamento della struttura dei bisogni sociali delle società europee (Esping-Andersen, 2002). L'invecchiamento demografico, la rivoluzione di genere e il cambiamento dei modelli di famiglia hanno portato alla luce bisogni di «cura» che non possono più essere soddisfatti dalle famiglie, né tanto meno dai singoli individui. A sua volta, la transizione a mercati del lavoro post-fordisti ha fatto emergere la necessità di opportu-

nità di collocamento, formazione e riqualificazione su misura, non previste dagli schemi tradizionali di assicurazione contro la disoccupazione o dai servizi di collocamento nazionali (Crouch, Finegold e Sako, 1999). Pur essendo ancora rilevanti, le posizioni di classe sono diventate meno importanti delle «situazioni di vita» nel generare i bisogni sociali (Alber, 1995). Le situazioni di vita sono determinate non solo dall'età, dal sesso e dalla condizione fisica ed educativa, ma anche dalle opportunità e dal sostegno concreto offerti dal territorio circostante e in particolare dalla disponibilità a livello locale di adeguati servizi sociali e per il lavoro. Il luogo di residenza e la sua dotazione di infrastrutture sociali incidono in modo rilevante sulle chance di vita delle persone. Si consideri uno dei più urgenti «nuovi» rischi sociali che si sta rapidamente diffondendo in tutte le società europee, vale a dire la «non autosufficienza», la perdita dell'autonomia personale dovuta a malattia o disabilità. La capacità di far fronte a tale rischio è legata in modo cruciale alla disponibilità a livello locale di appropriati «pacchetti di assistenza» costituiti da assistenza domiciliare, iniziative di solidarietà, servizi di trasporto, servizi socio-sanitari su misura e così via. La presenza di standard nazionali può ancora giocare un ruolo importante nel campo dei nuovi rischi sociali, ad esempio nel garantire un'equità di base tra le differenti aree geografiche, nel sostenere e promuovere la mobilità territoriale e nell'offrire criteri valutativi di riferimento. Ma i contesti locali e soprattutto regionali si sono sempre più affermati quali ambiti ottimali per la programmazione e la gestione delle nuove forme di erogazione dei servizi. L'attivismo in questi settori può inoltre servire strategie di *region-building* competitivo, offrendo alle elite locali una base promettente e politicamente remunerativa per differenziare le proprie politiche al fine di ottenere legittimazione e voti. Come sottolineato da Banting, quando differenti livelli di governo prendono parte alla competizione politico-istituzionale, il luogo dell'iniziativa e della direzione dei programmi di politica sociale può giocare un ruolo cruciale: «i programmi sociali definiti e controllati a livello regionale possono diventare strumenti per rafforzare le culture regionali e accrescere l'importanza delle comunità locali nella vita dei cittadini, alimentando in tal modo le tendenze centrifughe e di differenziazione a livello nazionale» (Banting, 1995, p. 271). Data la supremazia delle istituzioni dello Stato centrale sui «vecchi» programmi di welfare (vale a dire, sugli schemi tradizionali di assicurazione sociale), non sorprende che i governi regionali abbiano cercato in primo luogo di muoversi nella direzione della promozione e

del controllo dei «nuovi» programmi, rimobilitando, laddove presenti, tutti i residui storici di capitale sociale e istituzionale (come una vivace tradizione locale di attività e organizzazioni di volontariato o di prassi di apprendistato e di formazione professionale).

Il secondo legame diretto tra il welfare state e il nuovo regionalismo ha a che fare con gli imperativi fiscali e le cosiddetta «nuova politica» (*new politics*) del welfare (Pierson, 2001). La necessità urgente di contenere i costi al fine di ridurre il disavanzo e il debito pubblico ha spinto i governi centrali a cercare di riguadagnare il controllo della spesa subnazionale. La prima ondata di decentramento trasferì generalmente alle Regioni e ai governi locali il potere di spesa per l'erogazione dei servizi, pur mantenendo gran parte del potere di tassazione a livello centrale.

Nel corso degli anni novanta si ebbe in molti paesi una seconda ondata di riforme, volta a ridefinire il rapporto finanziario tra centro e periferia con l'obiettivo di aumentare l'autonomia fiscale dei governi locali. Furono imposti rigidi vincoli istituzionali di spesa, in alcuni casi (come in Italia, Belgio e Germania) attraverso la stipula di un «patto di stabilità» interno per il rispetto dei requisiti del Mercato unico europeo (Maino, 2003). Furono inoltre ridotti i trasferimenti finanziari dal governo centrale, costringendo i governi subnazionali ad aumentare le imposte locali al fine di finanziare i propri programmi sociali. Tale «decentramento della penuria» (Keating, 1998) è stato determinato non solo da pressioni funzionali, ma anche da calcoli politici. «Scaricare il barile» sui governi locali ha avuto l'evidente vantaggio di trasferire sugli stessi anche la responsabilità di politiche impopolari di riduzione della spesa.

L'effetto di questa nuova fase di relazioni centro-periferia è stata la crescente politicizzazione della questione dei trasferimenti e della solidarietà tra territori. I governi locali sono diventati molto più sensibili e attenti al loro saldo finanziario netto rispetto al governo centrale, confrontando puntigliosamente le entrate derivanti dalla propria base imponibile ma confiscate dallo Stato centrale con i trasferimenti ricevuti da quest'ultimo. Tale confronto ha riguardato non solo le entrate fiscali e i contributi finanziari assegnati territorialmente, ma anche i trasferimenti alle persone (come le pensioni) finanziati dai contributi sociali. In questo modo, la separazione politico-istituzionale tra le politiche di sviluppo regionale da una parte e le politiche del welfare dall'altra ha cominciato ad erodersi. La nuova politica di austerità ha acquisito una dimensione territoriale saliente, contrapponendo le aree

più ricche a quelle più povere e le aree favorite a quelle danneggiate, mentre le Regioni sono diventate gruppi d'interesse rilevanti nel difficile gioco della ricalibratura del welfare state. Per usare l'efficace metafora di Börzel, maggior «*pay*» (autonomia finanziaria) ha stimolato maggior «*say*» (Börzel, 2000), incoraggiando le Regioni a mobilitarsi in tutte le arene di policy-making rilevanti e in alcune occasioni ad agire come potenti *veto players*. Nella misura in cui la mobilitazione regionale ha avuto successo nel bloccare o influenzare le decisioni nazionali, o addirittura nel disobbedire a queste ultime (come in Catalogna o in Lombardia negli anni novanta), il decentramento della penuria non ha contenuto, ma al contrario stimolato e accelerato le dinamiche di *region-building* verticale.

Invece di favorire un nuovo controllo del centro sulle periferie, la seconda ondata di riforme centro-periferia ha finito con il rafforzare le Regioni, sia politicamente, sia istituzionalmente. Questo è particolarmente vero in quei paesi che avevano già fatto passi significativi verso la regionalizzazione negli anni settanta e nei primi anni ottanta: la *devolution* (ovvero il trasferimento di competenze esclusive ai mesogoverni) ha avuto luogo in Italia, in Spagna e in Belgio (che è diventato ufficialmente uno Stato federale nel 1993). Ma un processo simile è avvenuto in Gran Bretagna, in particolare con il decentramento amministrativo della Scozia nel 1998 (McEwen, 2002; 2003). Anche nei paesi nordici, e soprattutto in Danimarca (Persson, 2003), nel corso degli anni novanta sono state trasferite ai governi regionali importanti competenze nel campo dei servizi sociali e per il lavoro.

3. Integrazione europea e «neo-regionalismo»

La rinascita delle periferie e l'avvio di processi di *region-building* competitivo sono stati favoriti non solo dagli elementi e dagli sviluppi endogeni finora illustrati, ma anche da due fattori esogeni: l'internazionalizzazione economica e l'integrazione europea (Leibfried, 2000; Leibfried e Rieger, 2003).

A partire dagli anni ottanta, la crescente apertura delle economie interne e la creazione del mercato unico, insieme ai progressi della tecnologia e delle comunicazioni e all'ascesa delle società multinazionali, hanno sostanzialmente modificato la natura della competizione territoriale. Durante i *Trente Glorieuses*, le economie nazionali funzionavano essenzialmente come «*black boxes*» legate le une alle altre attraverso

tassi di cambio flessibili (Gilpin, 1987)[2]. In quanto parti di tale *black box*, i territori regionali (interni allo Stato) non erano direttamente o autonomamente esposti alla competizione estera. I confini nazionali filtravano accuratamente le loro transazioni con l'esterno, chiudendoli all'interno di uno spazio regolativo nettamente delimitato. Il bilancio pubblico si prendeva direttamente o indirettamente cura delle disparità e degli squilibri regionali interni alla *black box*. Nel nuovo contesto liberalizzato che ha iniziato gradualmente a emergere a partire dagli anni ottanta, i territori regionali si sono trovati in una situazione completamente differente. La rimozione dei confini ha creato opportunità e rischi inediti per le transazioni transfrontaliere dirette e autonome, ispirate alla logica della «concorrenza senza protezione», vale a dire della concorrenza non più (o in misura minore) mediata dai regimi regolativi nazionali e da tassi di cambio flessibili. Al fine di sopravvivere e di affermarsi nel nuovo ambiente, i territori regionali devono essere in grado di sfruttare tutte le risorse e i vantaggi comparativi di cui dispongono: la logica delle aree economicamente integrate è proprio quella di promuovere le specializzazioni competitive. La differenziazione territoriale è legata non solo alle risorse e ai vantaggi economici in senso stretto, ma anche alle risorse sociali e istituzionali, che possono fare la differenza al fine di attrarre beni e capitali. Lo sviluppo regionale dipende pertanto sempre di più dalla «qualità» complessiva del territorio: non sorprende quindi che l'accrescimento e la promozione della qualità (ad esempio, delle infrastrutture locali, dei servizi pubblici e del capitale umano) sia uno dei temi principali del nuovo processo e della nuova politica di *region-building*. Come osservato da Bartolini (2004), le strategie di differenziazione competitiva perseguite dai governi regionali nel corso degli ultimi due decenni possono essere interpretate in modo proficuo come strategie di *boundary-building*, ovvero di creazione di nuovi spazi contraddistinti da proprie politiche pubbliche volte a favorire gli insider e ad attrarre i gruppi di outsider che possano portare vantaggi alla comunità regionale. In una certa misura, queste strategie regionali di costruzione dei confini fanno eco alle strategie tradizionali, ispirate a differenti orientamenti ideologici, già sperimentate nel corso del processo di costruzione dello stato nazione. Nella sua rassegna dei nuovi regionalismi, Keating (1998 e *infra*)

[2] La metafora della «*black box*» è utilizzata per sottolineare la natura autonoma dei territori nazionali e il grado relativamente alto di sovranità interna dei loro governi nazionali.

identifica ad esempio tipi di neoregionalismo sia «borghesi» sia «socialdemocratici», promossi da specifiche coalizioni per lo sviluppo, ossia da «alleanze interclassiste territoriali» rivolte alla crescita economica[3]. Ma Keating analizza anche altri tipi di strategie: ad esempio, una strategia di «economia di sfruttamento», volta ad offrire agli investitori esteri un contesto produttivo caratterizzato da bassi salari e scarsamente regolato, o una strategia esplicita di *nation-building* che enfatizza l'unità e la coesione interna, basate sulla distintività culturale, a scopi neo-mercantilistici.

L'integrazione europea ha favorito la rinascita delle periferie e il neoregionalismo non solo indirettamente, attraverso la creazione del mercato unico, ma anche direttamente, attraverso le politiche di coesione. A differenza dell'esperienza dei singoli Stati nazionali, l'Ue non ha potuto istituire meccanismi di redistribuzione sovranazionali basati sui trasferimenti interpersonali e sui diritti sociali individuali. Essa ha comunque creato meccanismi per la redistribuzione territoriale attraverso i contributi alle Regioni (Anderson, 1995; Bache, 1998; Christiansen, 1999; Hooghe e Keating, 1994). Data l'esiguità del bilancio dell'Ue rispetto ai bilanci nazionali, la reale entità di tali contributi è relativamente modesta. Nel corso del tempo è tuttavia costantemente aumentata: alla metà degli anni settanta i fondi strutturali assorbivano circa il 5% del bilancio comunitario; nel 2000 erano arrivati ad assorbirne circa il 35%, o circa lo 0,4% del Pil dell'Ue. Per le Regioni che hanno pieno diritto alle sovvenzioni, il sostegno europeo proveniente dai fondi strutturali può rappresentare diversi punti percentuali del Pil regionale. Non sorprendentemente, la politica di coesione dell'Ue fu riformata e notevolmente rafforzata in linea con l'accelerazione del progetto del mercato interno dopo l'Atto unico europeo. La riforma del 1988 fu esplicitamente rivolta a controbilanciare gli effetti potenzialmente avversi del mercato unico sulle Regioni più povere e ad attenuare il processo di differenziazione territoriale che si prevedeva sa-

[3] Una strategia «borghese» è incentrata sulla tecnologia, sulla produttività e sul valore aggiunto; è caratterizzata da politiche economiche e sociali tra loro debolmente connesse e da un mercato locale del lavoro organizzato in modo flessibile. Una strategia «socialdemocratica» è al contrario basata sulla riqualificazione del lavoro, sui servizi attivi per l'occupazione e sulle questioni riguardanti la qualità della vita. Nel contesto italiano, un esempio della prima strategia può essere trovato in Lombardia; un esempio della seconda in Emilia-Romagna (Gualmini e Alti, 2001; Ferrera e al., 2001).

rebbe derivato da una maggiore integrazione economica (Bailey e De Propris, 2002). L'entità del sostegno finanziario europeo crebbe in media dallo 0,4% del Pil regionale nel 1985-87 allo 0,6-0,7% nel 1989-93, con una tendenza verso l'alto negli anni successivi (Cappelen e al., 2003*)*. Occorre inoltre notare che la più rigida applicazione delle norme sulla concorrenza nel corso degli anni ottanta e novanta portò all'eliminazione di numerosi programmi nazionali di sostegno regionale diretto e indiretto (tipicamente esenzioni o rimborsi dei contributi per la sicurezza sociale), accrescendo così ulteriormente la salienza e l'attrattività dei fondi europei.

La questione dell'impatto netto dei fondi strutturali sullo sviluppo regionale e in particolare sulla coesione territoriale pan-europea è molto controversa (Bailey e De Propris, 2002; Fagerberg e Verspagen, 1996; Hooghe, 1998; Viesti e Prota, 2004). Senza negare alcuni effetti positivi sulla crescita e sulla coesione (come sostenuto vigorosamente dalla Commissione), i dibattiti più recenti tendono a sottolineare l'importanza dei fattori intervenienti e in particolare della presenza a livello regionale delle capacità necessarie per competere per i finanziamenti e per trarne effettivo vantaggio, in aggiunta ad altre risorse locali (Bailey e De Propris, 2002). La questione di quale sia la reale efficacia dei fondi strutturali è comunque ai nostri fini meno importante della riconfigurazione complessiva delle relazioni centro-periferia che l'esistenza stessa dei fondi strutturali ha determinato, quale nuova fonte di decisioni autoritative e di allocazione e distribuzione delle risorse. In breve, si può affermare che l'emergere di una specifica politica sovranazionale di sostegno e coesione regionale ha avuto i seguenti effetti principali:

- ha contribuito alla ripoliticizzazione dei *cleavages* territoriali e in particolare della questione della redistribuzione interregionale;
- ha accresciuto la salienza e la visibilità dei mesogoverni, sia quali spazi di appartenenza sia quali attori politici e istituzionali[4];
- ha reso disponibili nuove e sempre più considerevoli risorse (principalmente finanziarie, ma non solo) provenienti sia dal bilancio europeo sia dai bilanci nazionali (attraverso regole di cofinanziamento);

[4] Paesi come il Portogallo, la Grecia e l'Irlanda hanno creato nuove sottounità regionali, al fine di utilizzare più efficacemente le opportunità offerte dalla politica di coesione europea.

- ha offerto ulteriori incentivi ai processi di *region-building* sia verticale sia orizzontale, spesso agendo come catalizzatore per la formazione di capacità istituzionali e per la creazione di coalizioni locali per lo sviluppo;
- ha istituito e istituzionalizzato un canale diretto di accesso da parte di tali coalizioni alle autorità sovranazionali e quindi uno strumento diretto di comunicazione tra le istituzioni comunitarie (in particolare la Commissione) e il «terzo livello» della governance. Nei primi anni novanta, questo processo ha avuto un effetto di *spill-over* sulla più ampia architettura istituzionale dell'Ue: il Trattato di Maastricht ha infatti creato un nuovo Comitato delle Regioni, che consente agli interessi del terzo livello di essere ufficialmente rappresentati al livello centrale europeo.

Tutti questi sviluppi hanno portato ad una significativa ricalibratura delle relazioni centro-periferia in Europa. Se il dibattito sull'impatto economico dei fondi strutturali ha prodotto risultati contraddittori, la letteratura sulle conseguenze politico-istituzionali della politica di coesione dell'Ue tende invece a concordare sul fatto che l'effetto netto di questa ultima sia stato quello di rafforzare i governi subnazionali rispetto a quelli nazionali (Keating, 2008). È vero che sono presenti in questa letteratura alcune posizioni scettiche o più sfumate: il rafforzamento è mediato dalle tradizioni e dalle configurazioni istituzionali nazionali (ad esempio, Börzel, 2000) e dalle dinamiche politiche locali (Bukowsky, Piattoni e Smyrl, 2003; Graziano, 2004). Tale rafforzamento ha riguardato in misura maggiore quelle Regioni in cui esistevano già precondizioni favorevoli e ha lasciato molto a desiderare sul piano dell'equità (ad esempio, Bailey e De Propris, 2002). Il consolidamento dei governi subnazionali è stato, a volte, paradossalmente indebolito o nullificato dalla complessità delle regole europee e dalle restrizioni da esse imposte (ad esempio, Le Galès, 2002). In alcuni casi e in alcuni momenti l'integrazione europea non ha rafforzato ma piuttosto indebolito il potere politico regionale (ad esempio, Bourne, 2003). Ma, almeno nella mia interpretazione e in quella della ricca letteratura sulla governance multilivello, il bilancio complessivo del dibattito è comunque positivo: viene cioè riconosciuta la crescente importanza dei governi locali.

Le nuove dinamiche della competizione territoriale e del rafforzamento regionale determinate dall'integrazione europea si sono intrecciate con molte delle tendenze endogene verso la subnazionalizzazione discusse nel precedente paragrafo, accentuandole e intensificando-

le. Più sostanzialmente, tuttavia, esse hanno introdotto nella sfera della politica territoriale una nuova configurazione di attori e di strutture di opportunità. Per quanto riguarda gli attori, la principale novità non consiste nel rafforzamento regionale di per sé, ma nella complessa rete di coalizioni differenti che può emergere dalla proliferazione dei livelli di governance. Le combinazioni più innovative che si possono registrare su questo fronte sono rappresentate dalle coalizioni interregionali orizzontali (che possono attraversare i confini nazionali) e dalle coalizioni regionali-sovranazionali. Per quanto riguarda invece le strutture di opportunità, la principale novità consiste in una significativa espansione delle opzioni di «*locality*» e di «*vocality*» per tutti gli attori, e in particolare per le Regioni[5].

Le opzioni di *locality* hanno a che fare con il posizionamento spaziale, ovvero con le scelte riguardanti l'uscita o l'entrata, lo stare all'interno o all'esterno di uno spazio delimitato. Da questo punto di vista, il nuovo contesto istituzionale offre opportunità senza precedenti alle Regioni, consentendo loro di uscire da alcuni degli attuali regimi regolativi domestici, di restare al di fuori dei regimi regolativi di recente creazione e di partecipare a programmi interregionali o europei: le Regioni possono, in altre parole, costituirsi sempre più come ambiti spaziali distintivi, innalzando o eliminando i propri confini a seconda delle proprie strategie di *region-building*. Le opzioni di *vocality* consistono invece nelle scelte riguardanti se e come manifestare la propria voce (richieste, domande, proteste) nei confronti delle autorità centrali di un dato spazio. Su questo fronte, l'integrazione europea ha ampliato le opzioni in almeno tre direzioni. Innanzitutto, le Regioni hanno guadagnato il diritto di far sentire la propria voce al nuovo centro, vale a dire, al livello sovranazionale (Marks, Haesly e Mbaye, 2002). In secondo luogo, grazie alle nuove possibilità di *exit*, esse hanno incrementato il proprio potere di contrattazione nei confronti dello Stato centrale e hanno ottenuto nuove opportunità istituzionalizzate per esprimere i propri interessi e influenzare il processo di policy-making al livello nazionale, ad esempio attraverso la creazione di nuovi organismi specializzati per la contrattazione e la concertazione intergovernativa[6]. In terzo luogo, le Regioni hanno ottenuto nuove opportunità

[5] Per una più precisa caratterizzazione analitica di queste opzioni nel quadro di una teoria generale di «politica spaziale» (*spatial politics*) rimando a Ferrera (2005, cap. 1).

[6] Le strategie regionali di *voice* possono assumere la forma di *voice for exit* (al limi-

per esercitare forme miste di *voice*, che attraversano i diversi livelli, e in particolare forme di «*voice from outside*» nei confronti di altre Regioni o dei governi nazionali, attraverso canali politici (soprattutto stringendo alleanze con la Commissione) o attraverso ricorsi alla Corte di giustizia europea[7]. La letteratura sulla governance multilivello ha discusso diversi casi emblematici di alleanze di successo tra le Regioni e la Commissione, volte a far valere la volontà o il punto di vista delle Regioni e della Commissione nei confronti delle autorità nazionali (si veda ad esempio Ansell, Parsons e Darden, 1997)[8].

Quali sono le implicazioni di questi sviluppi e di queste trasformazioni per i legami di solidarietà e le politiche redistributive? Le dinamiche di *region-building* competitivo spingeranno verso una significativa subnazionalizzazione della protezione sociale? Le politiche di welfare offrono un terreno fertile e risorse preziose ai processi di strutturazione e ristrutturazione politico-istituzionale. Come già accennato, le società europee stanno cambiando in una direzione che rende le differenze delle situazioni di vita basate sul luogo di residenza una fonte di biso-

te, attraverso il separatismo e la secessione) o *exit* parziale (ad esempio, attraverso il decentramento), specialmente da parte delle regioni più ricche o delle periferie storiche (come la Scozia o la Catalogna). Ma possono anche assumere la forma di *voice against exit* da parte delle regioni più povere per le quali il separatismo, il decentramento o il federalismo potrebbero comportare minori trasferimenti fiscali (Bartolini, 2004).

[7] I governi subnazionali non hanno formalmente diritto di fare appello alla Corte di giustizia europea. Si tratta tuttavia di una questione che ha iniziato ad essere fortemente dibattuta, soprattutto da parte di quelle Regioni che dispongono di poteri legislativi. Il Tribunale di primo grado ha cominciato ad ammettere i ricorsi delle Regioni alla fine degli anni novanta: si veda ad esempio la sentenza del Tribunale di primo grado (Quinta sezione ampliata) del 30 aprile 1998, Causa T-214/95 *Het Vlaamse Gewest (Regione fiamminga) c. Commissione delle Comunità europee*, in «Raccolta della Giurisprudenza 1998», p. II-00717 e la sentenza del Tribunale di primo grado (Quarta sezione ampliata) del 4 aprile 2001, Causa T-288/97, *Regione Friuli-Venezia Giulia c. Commissione delle Comunità europee*, in «Raccolta della Giurisprudenza 2001», p. II-01169, entrambe riguardanti controversie sugli aiuti statali.

[8] Uno degli episodi più noti di alleanza tra il livello subnazionale e quello sovranazionale contro un governo nazionale è rappresentato dal caso dei bacini carboniferi scozzesi, in cui la Scozia si alleò con la Commissione per costringere il governo inglese a rivedere le proprie procedure e i propri piani finanziari di modo che la Scozia potesse ottenere i fondi europei provenienti dall'iniziativa comunitaria denominata *Rechar* (McAleavy, 1993). Per una discussione e ulteriori esempi, si veda Ansell, Parsons e Darden (1997).

gni relativamente più importante delle tradizionali disuguaglianze di classe. Potrebbero pertanto essere mature le condizioni per un'evoluzione verso un modello di «solidarietà competitive», costruite attorno alle comunità subnazionali (Streeck, 2000) e sostenute dalle risorse simboliche, finanziarie o di altra natura offerte dalle autorità sovranazionali comunitarie. Le ricerche sul nuovo regionalismo hanno sottolineato che le caratteristiche e il contenuto effettivo di tali sistemi territoriali di solidarietà possono variare molto, andando da un estremo esclusivo-xenofobo ad un estremo inclusivo-cosmopolita (si veda ad esempio Longo, 2003). Occorrerà tuttavia attendere un'indagine empirica più accurata e sistematica per una caratterizzazione precisa dei tipi empirici e per una discussione delle loro implicazioni istituzionali e distributive.

4. Attivismo e innovazione in materia di politica sociale al «terzo livello»

Se guardiamo ai movimenti di base e alle innovazioni istituzionali nella sfera della politica sociale regionale nel corso degli ultimi due decenni, possiamo identificare almeno tre sviluppi che puntano nella direzione della sperimentazione e della ristrutturazione subnazionale, sostenuti o addirittura promossi dal livello sovranazionale:

1) la formazione di aggregazioni transfrontaliere interregionali o transregionali, che affrontano le questioni di politica sociale, sperimentando alcune preliminari forme di «fusione» delle pratiche e delle infrastrutture di welfare;
2) i crescenti legami istituzionali e finanziari tra tali iniziative e le autorità europee;
3) l'emergere di una deliberata strategia europea (sostenuta soprattutto dalla Commissione) volta a rafforzare il «terzo livello» e ad aumentare il coinvolgimento di quest'ultimo nella politica sociale, in particolare nel campo del lavoro e dell'inclusione sociale.

4.1 Sperimentazione transfrontaliera

L'associazionismo interregionale o intercomunale non è un fenomeno nuovo in Europa: la prima associazione «storica» di questo tipo è stata fondata nel 1951 con il nome di Consiglio dei Comuni e delle Regioni d'Europa (Ccre) e da allora è cresciuta fino a coinvolgere più di 100.000 governi subnazionali di 37 paesi.

Negli anni settanta si è assistito alla creazione di organismi dedicati alle Regioni europee con caratteristiche geo-economiche simili o di associazioni tra un minor numero di Regioni basate su un progetto comune di cooperazione politica. Queste aggregazioni più piccole hanno spesso assunto il nome e la formula legale di una «Euroregione», ovvero di una struttura di cooperazione, ufficialmente riconosciuta sia dal Consiglio d'Europa sia dall'Ue, che prevede un formato istituzionale relativamente standardizzato. Una Euroregione è tipicamente un'associazione legale transfrontaliera volta a favorire la comunicazione e a fornire servizi comuni a un bacino socio-economico o socio-culturale attraversato da un confine nazionale[9].

Le Regioni di confine occupano il 50% del territorio dell'Ue e in esse risiede il 10% della popolazione europea. Tali Regioni tendono inoltre ad essere fisicamente collocate lungo i due assi storici del commercio e delle comunicazioni in Europa: l'asse Nord Italia-Mare del Nord (lungo il bacino del Reno) e l'asse Catalogna-Carinzia (che attraversa il *Midi* francese, la valle del Po, la Svizzera e la Baviera). Questi due corridoi strutturano le transazioni nel cuore del continente europeo: un'area caratterizzata da un'elevata integrazione economica, delimitata a sud dalle città di Barcellona, Milano e Monaco e a nord dalle città di Parigi, Londra, Amburgo e Copenhagen.

È proprio in questo ettagono che, a partire dagli anni settanta, si è assistito alla formazione delle associazioni interregionali più forti e attive (vedi tab. 1).

In alcuni casi l'istituzione di un'associazione interregionale ha a sua volta favorito la creazione di altre associazioni funzionali transregionali. Ad esempio, l'istituzione nel 1988 de «I quattro motori per l'Europa», un'associazione interregionale tra Baden-Württemberg, Lombardia, Catalogna e Rhône-Alpes, ha spinto le principali organizzazioni sindacali delle stesse Regioni a creare nel 1990 una propria organizzazione volta a tutelare gli interessi dei lavoratori e a far sì che le questioni sociali avessero la priorità nell'agenda istituzionale della cooperazione. Nel 2003 erano attivi più di quaranta Consigli sindacali interregionali (Ciampani e Clari, 2005).

Le iniziative sindacali transregionali (o translocali) hanno iniziato ad emergere anche in risposta alle strategie paneuropee o globali delle so-

[9] Sono numerose le etichette che possono essere utilizzare per indicare un'Euroregione: ad esempio, Euregio, Euregion, Euroregion, Europaregione, Grande Regione, Regio.

Tabella 1 - Le principali associazioni regionali in Europa che si occupano di politica sociale

Nome	Anno di fondazione	Stati membri coinvolti	Cooperazione in materia di politica sociale
Consiglio dei Comuni e delle Regioni d'Europa (Ccre)	1951	37 paesi europei	Working group ad hoc sull'occupazione
SaarLorLux	1970	Francia, Germania, Lussemburgo	Eures*
Associazione delle Regioni europee di confine (Aebr)	1971	90 Regioni di confine	Sanità
Euroregione Oberrhein/ Rhein supérieur	1971	Francia, Germania, Svizzera	Eures*
Argealp	1972	Svizzera, Germania, Italia	Politiche del lavoro Formazione professionale
Euroregione Rhein-Waal	1973	Germania, Olanda	Eures* Sanità
Euroregione Mass-Rijn/Meuse-Rhein	1976	Germania, Belgio, Olanda	Eures* Sanità
Alpe Adria	1978	Italia, Germania, Slovenia, Croazia, Austria	Sanità e affari sociali
Contrao	1982	Italia, Francia, Svizzera	Affari sociali
Assemblea delle Regioni d'Europa (Aer)	1985	33 paesi europei, 260 Regioni	Coesione sociale, Servizi sociali, sanità pubblica
Eurocittà	1986	30 paesi europei 130 città	Welfare sociale
I quattro motori per l'Europa	1988	Italia, Francia, Germania, Spagna	Affari sociali
Rete europea delle città e delle Regioni per l'economia sociale (Reves)	1997	13 paesi europei	Progetti nel campo dell'occupazione, dell'economia sociale e dell'inclusione sociale
Euroregione Schleswig-Sønderjylland	1997	Danimarca, Germania	Eures* Sanità

* Eures (*European employment services*) è un programma comunitario, lanciato dalla Commissione nel 1994, che promuove l'integrazione dei mercati del lavoro transfrontalieri attraverso partenariati tra attori pubblici e non-pubblici (cfr. *infra* nel testo).

cietà multinazionali e hanno sfruttato le opportunità organizzative offerte dalla creazione dei Comitati aziendali europei[10].
Non è stata ancora condotta una ricerca sistematica sulle attività e i risultati effettivi di queste esperienze di aggregazione interregionale e transregionale[11]. Tuttavia, le scarse informazioni disponibili mettono in luce tre elementi empirici che sembrano ai nostri fini particolarmente rilevanti[12]. Innanzitutto, quasi tutte le iniziative hanno una componente di politica sociale, generalmente nel campo della sanità, dell'occupazione o dei servizi alla persona. In secondo luogo, tutte le associazioni hanno dato vita a strutture istituzionali permanenti per la gestione e il monitoraggio della cooperazione. Non si tratta di strutture virtuali, che esistono solo sulla carta, ma di organismi veri e propri, con uno staff dedicato, impegnato in attività amministrative, di raccolta dati e di *reporting*. In terzo luogo, molte associazioni hanno mosso effettivamente alcuni passi nella direzione di una «fusione» dell'erogazione e dell'utilizzazione dei servizi tra i diversi territori, promuovendo una transregionalizzazione sia della domanda sia dell'offerta. La sperimentazione più avanzata su questo fronte ha riguardato i servizi sanitari. Almeno sei Euroregioni hanno infatti istituito procedure per la condivisione dei pazienti e degli ospedali, sfruttando anche le nuove norme europee sulla mobilità sanitaria[13]. Gli attori coinvolti non sono molti, ma la mobilità sta aumentando ed è possibile osservare una crescente diversificazione della domanda (vale a di-

10 I Comitati aziendali europei (Cae), che raggruppano i rappresentanti dei lavoratori delle imprese che hanno stabilimenti in diversi Stati membri, sono stati istituiti a seguito di una direttiva europea del 1994. Parallelamente alla formazione dei Consigli europei del lavoro, sono state lanciate numerose altre attività transfrontaliere di networking, che coinvolgono non solo le parti sociali ma anche le istituzioni regionali e comunali (Kristensen e Zeitlin, 2005).

11 Per una discussione e una breve rassegna dei primi dibattiti, si veda Conzelman (1995); Goldsmith (1993); Ansell, Parsons e Darden (1997). Per una discussione più generale sulla cooperazione transfrontaliera in Europa, si veda Deschouwer e al. (2002).

12 Queste conclusioni derivano da un'analisi delle informazioni contenute nei siti web delle associazioni.

13 Meuse-Rhine (Belgio, Germania e Olanda); Rhine-Waal (Germania e Olanda); Scheldemond (Belgio e Olanda); Hinaut/Nord-Pas de Calais (Belgio e Francia); Schleswig/Suedjuetland (Danimarca e Germania); Eems-Dollart e Rhine-Eems-Ijssel (Germania e Olanda).

re dei pazienti), così come un'intensificazione delle esperienze di networking e di cooperazione amministrativa da parte di chi fornisce i servizi (Busse, 2002; Coheur, 2001). Potrebbe essere azzardato trarre conclusioni dai pochi dati che abbiamo a disposizione. Ma ciò che possiamo osservare sul campo per lo meno non contraddice la previsione secondo cui sarebbe in corso nei territori più attivi d'Europa un nuovo processo subnazionale di «*bounding*», in parte volto a creare legami di solidarietà transfrontalieri tra popolazioni che hanno interessi comuni e bisogni simili.

4.2 Legami più forti tra il livello subnazionale e il livello sovranazionale

Il secondo interessante sviluppo riguarda la formazione di un collegamento specifico e diretto tra la mobilitazione subnazionale in attività di welfare transfrontaliere e il livello sovranazionale. Sin dal loro avvio, i progetti transregionali e le associazioni interregionali hanno cercato e ricevuto il sostegno della Commissione europea, soprattutto attraverso i fondi strutturali. All'inizio degli anni novanta, l'Ue lanciò l'iniziativa Interreg, con l'obiettivo di sostenere e incoraggiare la cooperazione tra i territori di confine (Regioni ma anche altri enti locali). L'iniziativa originaria aveva un orizzonte temporale di tre anni (1991-1993), ma fu successivamente rinnovata con il nome di Interreg II per il periodo 1994-1999 e con il nome di Interreg III per il periodo 2000-2006.

Dato il successo delle prime tre iniziative, nel 2007 è stato lanciato il programma Interreg IV per il periodo 2007-2013, che amplia la gamma delle azioni e delle aree ammissibili e gode di una dotazione finanziaria molto più consistente di quella delle fasi precedenti. In confronto agli altri fondi di coesione, il bilancio di Interreg è comunque modesto (di poco inferiore ai 9 milioni di euro). Ma la rilevanza di questa iniziativa non risiede tanto nella sua dimensione finanziaria, quanto nel fatto che si tratta di un primo esplicito tentativo di attuare una politica sovranazionale di riconfigurazione spaziale, che tende ad ignorare i confini nazionali e che mira a ridefinire i confini dello spazio europeo sulla base di obiettivi e considerazioni generali di carattere geoeconomico e geosociale. Questo esercizio di ridefinizione dei confini ha inoltre una componente simbolica (e pertanto di possibile costruzione di identità) ben riconoscibile: lo spazio europeo è suddiviso in distinte macroregioni che attraversano i confini nazionali, per le quali sono stati creati acronimi o etichette evocativi (come «Spazio al-

pino», «Medocc» o «Archi-Med»)[14]. L'iniziativa Interreg ha un ambito tematico piuttosto ampio, che spazia dallo sviluppo territoriale ai trasporti, dalla protezione ambientale alla politica energetica, dalle risorse naturali al patrimonio culturale. Gli obiettivi di politica sociale occupano tuttavia un posto di primo piano, specialmente nell'ambito del più ampio settore delle iniziative rivolte alla cooperazione transfrontaliera, con una particolare attenzione all'integrazione dei mercati del lavoro regionali, alla formazione professionale continua e all'integrazione sociale dei gruppi vulnerabili, vale a dire a quei settori in cui è maggiore sia la pressione dei problemi sia la discrezionalità subnazionale. Quasi tutti i nuovi progetti transfrontalieri finanziati da Interreg III contengono iniziative volte a promuovere l'occupazione e la formazione professionale; molti prevedono anche iniziative nel campo della sanità e dei servizi sociali. Una recente analisi dei progetti finanziati da Interreg III che hanno coinvolto almeno un ente locale italiano, ha ad esempio mostrato che i servizi sociali sono sempre inclusi nei progetti di cooperazione (Mantino, 2002). Già Interreg II aveva finanziato un'iniziativa importante nel campo della sanità – denominata Pamina –, che coinvolgeva alcune Regioni dello Spazio alpino con l'obiettivo di promuovere la riduzione della capacità in eccesso nel campo delle cure mediche, dell'approvvigionamento comune e dell'utilizzo delle strutture sanitarie, nonché di favore l'armonizzazione procedurale dei sistemi di protezione sociale[15].

Oltre a Interreg, un altro interessante programma che ha collegato il livello subnazionale e quello sovranazionale nella sfera sociale è *European employment services* (Eures), lanciato dalla Commissione nel 1994 con l'obiettivo di favorire l'integrazione dei mercati del lavoro transfrontalieri attraverso la creazione di partenariati locali tra le istituzioni pubbliche (in primo luogo i Servizi per l'impiego) e gli attori non-pubblici (in primo luogo le parti sociali). Dal 1994 sono stati creati più

[14] La macroregione Spazio alpino comprende territori del sud-est della Francia, della Valle del Po, della Germania meridionale e l'intero territorio dell'Austria e della Slovenia; la macroregione Medocc coinvolge tutti i territori che si affacciano sul Mediterraneo, dalla Spagna alla Sicilia, con collegamenti con alcuni paesi del Maghreb; la macroregione Archi-Med comprende l'Italia meridionale, la Grecia, Malta, Cipro e la Turchia occidentale, con collegamenti con l'Egitto.

[15] Informazioni dettagliate sulle iniziative Interreg e su tutti i progetti finanziati sono disponibili sul sito web della Commissione (http://ec.europa.eu/regional_policy/).

di venti partenariati transfrontalieri, che hanno coinvolto attori provenienti da tredici Stati membri. Come mostrato dalla tabella 1, molte associazioni interregionali hanno stabilito rapporti formali con il network di Eures.

Infine, occorre menzionare la recente creazione di un nuovo strumento giuridico europeo, il Gruppo europeo di cooperazione territoriale (Gect), che consente alle autorità territoriali appartenenti a Stati diversi di istituire gruppi di cooperazione, con personalità giuridica, allo scopo di agevolare e promuovere la cooperazione territoriale, al fine esclusivo di rafforzare la coesione economica e sociale. Ad un Gect possono partecipare gli Stati membri, le autorità regionali o locali e qualsiasi altro organismo di diritto pubblico. Ad oggi, solo alcuni Stati membri hanno adottato i provvedimenti necessari per l'attuazione del Regolamento europeo che ha istituito i Gect[16] e il primo Gect è stato formalmente costituito solo all'inizio del 2008[17]. È quindi troppo presto per valutare l'impatto di questo nuovo strumento sulle attività di welfare transfrontaliere, anche se esso sembra rappresentare un importante passo avanti per lo sviluppo della cooperazione transregionale europea.

Non esistono studi sistematici neppure sul contenuto e sugli effetti delle iniziative Interreg o Eures dal punto di vista sociale e istituzionale. La scarsità delle risorse finanziarie coinvolte potrebbe indurre a sottovalutare la rilevanza di tali programmi e a considerarli come una goccia nel mare della politica di coesione dell'Ue. Ma persino i più scettici non possono non riconoscere che essi rappresentano un esempio indiscutibile di interazione «stratarchica», che collega direttamente i governanti sovranazionali, che perseguono obiettivi spaziali specifici e deliberati, e le coalizioni subnazionali per lo sviluppo, interessate a trovare una risposta ai nuovi bisogni locali e contemporaneamente a reperire risorse per rafforzare le fondamenta istituzionali delle loro comunità.

4.3 Rafforzamento subnazionale attraverso l'Ue

Le aggregazioni interregionali e transregionali possono essere considerate come esempi di mobilitazioni territoriali «orizzontali», con un in-

[16] Regolamento (Ce) n. 1082/2006.

[17] Si tratta del Gect «Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai», che interessa i territori al confine tra Francia e Belgio.

teresse «*bottom-up*» al sostegno da parte di livelli superiori di governo. Le iniziative Interreg e Eures possono a loro volta essere considerate come un processo composito attraverso il quale le autorità sovranazionali si allungano, per così dire, verso il basso al fine di stabilire un contatto con un terzo livello che si mobilita e sfruttare così un'opportunità di consolidamento a livello centrale. In entrambi i processi, l'introduzione di «nuovi» servizi sociali rappresenta un ingrediente importante di differenziazione spaziale. È tuttavia possibile osservare un terzo sviluppo, caratterizzato da una chiara direzione *top-down*, ovvero l'emergere di una strategia europea deliberata di rafforzamento regionale e locale nel campo del lavoro e dell'inclusione sociale attraverso un maggior coinvolgimento del terzo livello in quanto tale (vale a dire indipendentemente dalle dinamiche aggregative orizzontali) in tutte le fasi dei processi di policy che si rivolgono ai nuovi problemi sociali ed economici.

Sebbene tale strategia fosse già stata avviata durante gli anni ottanta, nell'ambito della più ampia politica di coesione, fu all'inizio degli anni novanta che la Commissione cominciò a richiedere espressamente che la politica per l'occupazione assumesse una dimensione regionale e locale, in particolare con il *Libro bianco sulla crescita, la competitività e l'occupazione* del 1993 (Commissione europea, 1993). I passi più importanti in questa direzione furono tuttavia compiuti nel 1997, con l'inclusione nel Trattato di Amsterdam del capitolo sull'occupazione. Un primo passo fu il lancio, in alcune Regioni europee, dei Patti territoriali per l'occupazione (Pto), che offrirono incentivi finanziari (principalmente attraverso i fondi strutturali) al fine di favorire la costituzione di partenariati tra gli attori locali e l'adozione di misure innovative per la creazione di occupazione in un dato territorio (Regalia, 2003; 2005). Nel periodo 1997-2001 furono finanziati ottantanove Pto, con un contributo medio di circa 250.000 euro per ciascun Patto. Questa iniziativa rappresenta un esempio emblematico del ruolo che l'Ue può giocare nella formazione di coalizioni subnazionali per lo sviluppo e nella promozione della mobilitazione territoriale per la differenziazione delle politiche.

Un secondo, e più importante, passo fu il lancio nel 1997 del cosiddetto Processo di Lussemburgo, che consentì di inserire la questione dell'attivismo subnazionale nella sfera della politica sociale in un *framework* istituzionale più ampio e legittimato. Il nuovo capitolo sull'occupazione del Trattato dell'Ue, su cui venne raggiunto un accordo nel corso del Consiglio europeo di Amsterdam del 1997, fissò i prin-

cipi e le procedure per una Strategia europea per l'occupazione (Seo), che incoraggiò tutti gli Stati membri a lavorare nell'ambito di un quadro di riferimento comune (più tardi conosciuto come il «Metodo aperto di coordinamento», Mac) al fine di potenziare la loro capacità di creare posti di lavoro di qualità e di fornire ai lavoratori le competenze necessarie per poterli occupare (Trubek e Mosher, 2003; Zeitlin e Pochet, 2005). Sin dal suo avvio, la Seo ha posto una particolare enfasi sulla necessità di esplorare le possibilità di creazione di occupazione a livello locale e le linee guida per l'occupazione hanno ripetutamente chiesto agli Stati membri di rafforzare la dimensione territoriale (e in particolare regionale) delle loro politiche per l'occupazione. Agli inizi del 2000, la Commissione emanò una Comunicazione dal titolo «Agire a livello locale in materia di occupazione» (Commissione europea, 2000), con la quale diede avvio ad un ampio processo di consultazione dei principali «*local players*»: non solo autorità pubbliche, ma anche parti sociali, imprese, associazioni volontarie e agenzie specializzate nel campo del lavoro, dell'istruzione e della formazione professionale. Oltre al processo di consultazione, vennero promosse numerose altre iniziative che offrirono incentivi finanziari agli attori locali disposti a mobilitarsi per la creazione di occupazione e l'attuazione di politiche attive del lavoro: le cosiddette «Misure preparatorie per un impegno locale nell'occupazione» (2000 e 2001), l'azione pilota «Terzo sistema e occupazione» (1997-2001), i progetti pilota «Capitale locale a finalità sociale» (1999-2001), la creazione di una Rete europea per lo scambio delle buone pratiche di sviluppo occupazionale a livello locale e regionale (Idele), così come le più ampie iniziative Equal (pari opportunità di lavoro), Urban (rinnovamento urbano), Leader (sviluppo rurale) e Leda (sviluppo economico locale)[18]. Il principale strumento utilizzato dalla Commissione per sostenere la regionalizzazione della Seo è stato il Fondo sociale europeo (Fse). A partire dal 2000, il Fse ha fornito un supporto considerevole all'azione subnazionale, anche attraverso le cosiddette «misure innovative» introdotte dall'art. 6 del Regolamento del Fse 1784 del 1999, volte a promuovere progetti locali innovativi, basati sul principio del partenariato e sulla cooperazione tra livelli (ad esempio, regionale-provinciale o regionale-comunale). Il Fse offre ogni anno circa nove milioni di euro per le iniziative a sostegno dell'occupazione.

[18] Le informazioni fondamentali su questi programmi sono disponibili sul sito web della Commissione (vedi nota 15).

La strategia di rafforzamento locale e regionale portata avanti dalla Commissione nell'ambito della Seo è stata inoltre sostenuta dal Comitato delle Regioni (Comitato delle Regioni, 2003), il quale ha in particolare richiesto che vi fosse un maggior coinvolgimento delle autorità regionali e locali non solo nell'implementazione, ma soprattutto nella formulazione dei Piani d'azione nazionali per l'occupazione. In alcuni paesi (come il Belgio, la Spagna, l'Italia, la Danimarca, la Svezia e la Finlandia), le Regioni e i Comuni hanno cominciato a formulare propri Piani d'azione locali o regionali (Consiglio dell'Unione europea, 2002; Zeitlin, 2005).

La Commissione ha promosso attivamente l'*empowerment* subnazionale non solo nel campo dell'occupazione, ma anche in quello dell'inclusione sociale, un settore piuttosto ampio che comprende sia i tradizionali programmi anti-povertà, sia molte delle misure legate ai nuovi bisogni sociali: assistenza all'infanzia e agli anziani, accesso ad alloggi decorosi, all'istruzione e alla sanità da parte delle categorie vulnerabili (come gli immigrati). Nel 2000 è stato ufficialmente lanciato un processo d'inclusione sociale basato sul metodo aperto di coordinamento (Mac), con un ciclo biennale di Piani d'azione nazionali (Nap) (Ferrera, Matsaganis e Sacchi, 2002). Molti degli strumenti finanziari che sostengono la dimensione regionale della Seo possono rafforzare tale dimensione anche nell'ambito del processo per l'inclusione sociale. Uno specifico Programma d'azione comunitaria per combattere l'emarginazione sociale (2002-2006) ha inoltre offerto ulteriori contributi finanziari per azioni pilota di ricognizione delle sfide esistenti e delle possibili risposte.

È ancora presto per poter valutare l'effettivo impatto di tutte queste iniziative sia sul piano istituzionale (sviluppo di maggiori capacità di policy a livello subnazionale) sia su quello sostantivo (livello di differenziazione territoriale e di innovazione delle politiche). Secondo i Rapporti annuali sull'occupazione, che valutano e monitorano i progressi della Seo, è tuttavia possibile osservare un crescente coinvolgimento del terzo livello nella fase di formulazione dei Nap e nella fase di elaborazione di Piani d'azione regionali o Piani d'azione locali indipendenti. Risultati simili emergono dai Rapporti congiunti sull'inclusione, seppur con significative differenze tra nazioni e tra Regioni. È vero che il processo di rafforzamento del terzo livello attraverso il Mac ha fino a questo momento avuto una direzione *top-down* (Smismans, 2004), ma con il passare del tempo le dinamiche verticali e *top-down* possono promuovere anche la mobilitazione orizzontale. L'avvio

del processo per l'inclusione sociale ha ad esempio stimolato la formazione di una Rete europea transregionale per l'inclusione sociale (Retis), che coinvolge trenta Regioni ed enti locali di dodici Stati membri. Se questi segnali sono attendibili, occorre allora riconoscere che la strategia della Commissione è senza dubbio qualcosa di più di una semplice cortina di fumo retorica o di una mera politica simbolica.

5. Conclusioni

I tre sviluppi empirici che abbiamo brevemente discusso indicano che è in corso in Europa un processo di riconfigurazione spaziale, basato su un rafforzamento generale del terzo livello, su forme di mobilitazione translocali e su legami sempre più forti tra le comunità subnazionali e le autorità europee. I territori subnazionali (e in particolare le Regioni) hanno infatti acquisito un ruolo sempre più importante in alcune aree della politica sociale quali nuovi, distintivi e relativamente autonomi «ambiti spaziali». Questo sviluppo è il risultato di numerosi fattori: il sovraccarico funzionale dei governi centrali, i nuovi imperativi di contenimento della spesa pubblica, la necessità di adeguare l'offerta di servizi agli specifici bisogni dei contesti territoriali e la ricomparsa di regionalismi etnici. La decentralizzazione di funzioni ai governi subnazionali ha a sua volta messo in moto dinamiche di «*region-building* competitivo», vale a dire, strategie di rafforzamento politico-istituzionale da parte delle unità territoriali, alle spese sia di altri governi subnazionali, sia dello Stato centrale. Data la loro salienza per le chance di vita delle persone e la loro capacità di generare *loyalty*, le politiche sociali sono diventate i principali strumenti di questo nuovo tipo di competizione territoriale.

Se queste dinamiche siano destinate ad intensificarsi e ad assumere un'importanza sistemica per la strutturazione territoriale della protezione sociale europea rimane una questione aperta. I meccanismi nazionali di condivisione sociale, basati sui «vecchi» e pesanti schemi di assicurazione sociale obbligatoria, occupano (e continueranno ad occupare) un ruolo centrale nella sfera del welfare. L'emergere di modelli di interazione politica e istituzionale multilivello nei cerchi esterni del welfare (lotta alla povertà, politiche attive del lavoro, politiche verso i «nuovi» rischi sociali) potrebbe essere una questione interessante dal punto di vista teorico, ma potrebbe anche rivelarsi come una tendenza di fatto poco significativa nel lungo periodo. Tuttavia, come

sottolineato all'inizio di questo saggio, numerose dinamiche endogene, relative ai rapporti centro-periferia e ai sistemi nazionali di protezione sociale, spingono nella direzione della subnazionalizzazione del welfare.

Per molto tempo il welfare state ha operato quale strumento e simbolo di unità nazionale, mentre l'integrazione europea è stata considerata come una «forza gentile» per la pacifica e graduale fusione di alcuni degli ingredienti delle economie e delle amministrazioni nazionali. Almeno per alcuni paesi, la situazione è diventata recentemente meno rassicurante; un importante processo di destrutturazione territoriale della protezione sociale sembra aver acquistato slancio, con una destinazione finale per il momento sconosciuta.

Riferimenti bibliografici

Alber J., 1995, *A Framework for the Comparative Study of Social Services*, «Journal of European Social Policy», vol. 5, n. 2, pp. 131-149.

Anderson J., 1995, *Structural Funds and the Social Dimension of EU Policy: Springboard or Stumbling Block?*, in Leibfried S., Pierson P. (a cura di), *European Social Policy, Between Fragmentation and Integration*, The Brookings Institution, Washington, D.C., pp. 123-158.

Ansell C., Parsons C. e Darden K., 1997, *Dual Networks in European Regional Development Policy*, «Journal of Common Market Studies», vol. 35, n. 3, pp. 347-375.

Armingeon K. e Bonoli G. (a cura di), 2006, *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting Post-War Social Policies to New Social Risks*, Routledge, Londra.

Bache I., 1998, *The Politics of European Union Regional Policy: Multi-level Governance or Flexible Gatekeeping?*, Sheffield Academic Press, Sheffield.

Bailey D. e De Propris L., 2002, *The 1988 Reform of the European Structural Funds: Entitlement or Empowerment?*, «Journal of European Public Policy», n. 9, pp. 408-28.

Baldi B., 2003, *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*, Laterza, Bari.

Banting K., 1995, *The Welfare State as Statecraft: Territorial Politics and Canadian Social Policy*, in Leibfried S., Pierson P. (a cura di), *European Social Policy: Between Fragmentation and Integration*, Brookings Institution, Washington.

Bartolini S., 2004, *Old and New Peripheries in the Processes of European Territorial Integration*, in Ansell C., Di Palma G. (a cura di), *Restructuring Territoriality: Europe and the United States Compared*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 19-44.

Börzel T., 2000, *From Competitive to Cooperative Federalism*, «Publius, the Journal of Federalism», vol. 30, n. 2, pp. 17-42.

Bourne A.K., 2003, *The Impact of European Integration on Regional Power*, «Journal of Common Market Studies», vol. 41, n. 5, pp. 597-620.

Bukowsky J., Piattoni S. e Smyrl M., 2003, *Between Europeanization and Local Societies. The Space for Territorial Governance*, Rowman and Littlefield, Boulder, Co.

Busse R., 2002, *Health Care Systems in EU Pre-accession Countries and European Integration*, «Arbeit & Sozialpolitik», vol. 56, n. 5/6, pp. 40-49.

Cappelen A., Castellacci F., Fagerberg J. e Verspagen B., 2003, *Regional Support, Growth and Convergence in the EU*, «Journal of Common Market Studies», vol. 41, n. 4, pp. 621-44.

Christiansen T., 1999, *Territorial Politics in the European Union*, «Journal of European Public Policy», vol. 6, n. 2, pp. 349-57.

Ciampani A. e Clari D., 2005, *Il movimento sindacale transfrontaliero nella governance interregionale europea*, Transalp, Torino.

Coheur A., 2001, I*ntegrating Care in Border Regions: An Analysis of the Euregio Projects*, «Eurohealth», vol. 7, n. 4, pp. 10-12.

Comitato delle Regioni, 2003, *Review of the European Employment Strategy and the Employment Guidelines for 2003 Based on the Communication on Taking Stock of Five Years of the European Employment Strategy*, CoR 15/2003 fin., Bruxelles.

Commissione europea, 1993, *White Paper on Growth, Competitiveness and Employment: the Challenges and Ways Forward into the 21st Century*, COM(93) 700 final, Bruxelles.

Commissione europea, 2000, *Acting Locally for Employment -A Local Dimension for the European Employment Strategy*, COM (2000), 196, Bruxelles.

Consiglio dell'Unione europea, 2002, *Joint Report by the Commission and the Council on Employment*, doc. Consiglio, Bruxelles.

Conzelman T., 1995, *Networking and the Politics of EU Regional Policy: Lessons from North Rhein-Wesphalia, Nord-Pas-de-Calais and North West England*, «Regional and Federal Studies», vol. 5, n. 2, pp. 134-72.

Crouch C., Finegold D. e Sako M., 1999, *Are Skills the Answer?*, Oxford University Press, Oxford.

De Winter L. e Türsan H. (a cura di), 1988, *Regionalist Parties in Western Europe*, Routledge, Londra.

Deschouwer K., Keating M., Anderson J., O'Dowd L. e Wilson T.M., 2002, *New Borders for a Changing Europe: Cross-Border Cooperation and Governance*, «Regional and Federal Studies», numero speciale, vol. 12, n. 4.

Esping-Andersen G. (con Gallie D., Hemerijck A. e Myles J.), 2002, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Fagerberg J. e Verspagen B., 1996, *Heading for Divergence? Regional growth in Europe riconsidered*, «Journal of Common Market Studies», vol. 34, pp. 431-48.

Fargion V., 2000, *Timing and Development of Social Care Services in Europe*, in Ferrera M., Rhodes M. (a cura di), *Recasting European Welfare States*, Frank Cass, Londra, pp. 58-88.
Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford University Press, Oxford.
Ferrera M., Gualmini E., Graziano P. e Alti T., 2001, *Policies for Labour Market and Social Policy Integration in Italy*, Polis, Università Bocconi, Milano.
Ferrera M., Matsaganis M. e Sacchi S., 2002, *Open Coordination Against Poverty: The New EU «Social Inclusion Process»*, «Journal of European Social Policy», vol. 12, n. 3, pp. 227-39.
Flora P., 1986, *Introduction*, in Flora P. (a cura di), *Growth to Limits: The Western European Welfare States since World War II*, De Gruytes, Berlino e New York.
Flora P. e Heidenheimer A.J. (a cura di), 1981, *The Development of Welfare States in Europe and America*, Transaction, New Brunswick, NJ.
Gilpin R., 1987, *The Political Economy of International Relations*, Princeton University Press, Princeton, NJ.
Goldsmith M., 1993, *The Europeanization of Local Government*, «Urban Studies», vol. 30, n. 4/5, pp. 683-89.
Graziano P., 2004, *Europeizzazione e politiche pubbliche italiane. Coesione e lavoro a confronto*, Il Mulino, Bologna.
Gualmini E. e Alti T., 2001, *Le Regioni e le politiche del lavoro*, «Le istituzioni del federalismo», vol. 3, n. 4, pp. 707-50.
Hooghe L., 1998, *EU Cohesion Policy and Competing Models of Capitalism*, «Journal of Common Market Studies», vol. 36, n. 4, pp. 457-77.
Hooghe L. e Keating M., 1994, *The Politics of European Union Regional Policy*, «Journal of European Public Policy», vol. 1, n. 3, pp. 367-93.
Hooghe L. e Marks G., 2001, *Multilevel Governance and European Integration,* Rowman and Littlefield, Boulder, Co.
Jeffery C. (a cura di), 1997, *The Regional Dimension of the European Union*, Frank Cass, Londra.
Keating M., 1998, *The New Regionalism in Western Europe: Territorial Restructuring and Political Change*, Edward Elgar, Cheltenham.
Keating M., 2008, *Thirty Years of Territorial Politics*, «West European Politics», vol. 31, n. 1-2, pp. 60-81.
Keating M. e McEwen N. (a cura di), 2006, *Devolution and Public Policy. A Comparative Perspective*, Taylor and Francis, Londra.
Klatt H., 1989, *Forty years of German federalism: Past trends and new developments*, «Publius: The Journal of Federalism», vol. 19, n. 4, pp. 185-202.
Kristensen P.H. e Zeitlin J., 2005, *Local Players in Global Games: The Strategic Constitution of a Multinational Corporation.* Oxford University Press, Oxford.
La Spina A., 2003, *La politica per il Mezzogiorno*, Il Mulino, Bologna.
Le Galès P., 2002, *European Cities, Social Conflict and Governance*, Oxford University Press, Oxford.

Le Galès P. e Lequesne C. (a cura di), 1998, *Regions in Europe*, Routledge, Londra.

Leibfried S., 2000, *National Welfare States, European Integration and Globalisation: a Perspective for the Next Century*, «Social Policy and Administration», vol. 34, n. 1, pp. 44-63.

Leibfried S. e Rieger E., 2003, *Limits to Globalization. Welfare States and the World Economy*, Polity, Cambridge.

Leibfried S. e Zürn M., 2005, *Transformations of the State?*, Cambridge University Press, Cambridge.

Longo M., 2003, *European Integration Between Micro-Regionalism and Globalism*, «Journal of Common Market Studies», vol. 41, pp. 475-94.

Manow P., 2005, *Germany-Cooperative federalism and the Overgrazing of the Fiscal Commons*, in Obinger H., Leibfried S., Castles F. (a cura di), *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 222-262.

Mantino F., 2002, *Fondi strutturali e politiche di sviluppo*, Il Sole 24 Ore, Milano.

Marks G., Haesly R. e Mbaye H., 2002, *What do Sub National Offices Think They Are Doing in Brussels?*, «Regional and Federal Studies», vol. 12, n. 3, pp. 1-23.

Marshall T.H., 1950, *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge University Press, Cambridge.

McAleavy P., 1993, *The Politics of European Regional Development Policy: Additionality in the Scottish Coalfields*, «Regional Politics and Policy», n. 3, pp. 87-107.

McEwen N., 2002, *State Welfare Nationalism: The Territorial Impact of Welfare State Development in Scotland*, «Regional and Federal Studies», vol. 12, n. 1, pp. 66-90.

McEwen N., 2003, *Is Devolution at Risk? Examining Attitudes towards the Scottish Parliament in Light of the 2003 Election*, «Scottish Affairs», vol. 44, pp. 54-73.

Moreno L., 2003, *Europeanisation, Mesogovernments and «Safety Nets»*, «European Journal of Political Research», vol. 42, n. 2, pp. 185-199.

Obinger H., Armingeon K., Bonoli G. e Bertozzi F., 2005, *Switzerland: the Marriage of Direct Democracy and Federalism*, in Obinger H., Castles F., Leibfried S. (a cura di), *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 263-304.

Obinger H., Leibfried S. e Castles F. (a cura di), 2005, *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*, Cambridge University Press, Cambridge.

Paci M., 2008, *Welfare, solidarietà sociale e coesione della società nazionale*, «Stato e Mercato», n. 1, pp. 3-30.

Persson L.O., 2003, *The Nordic Welfare State and Territorial Politics: Changing Employment Trends in the Public Sector*, Paper preparato per l'European Con-

sortium for Political Research (Ecpr), Joint Sessions of Workshops, Edimburgo, 28 Marzo-2 Aprile.
Pierson P. (a cura di), 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
Regalia I., 2003, *Decentralizing Employment Protection in Europe: Territorial Pacts and Beyond*, in Zeitlin J., Trubeck D.M. (a cura di), *Governing Work and Welfare in a New Economy*, Oxford University Press, Oxford.
Regalia I. (a cura di), 2005, *Regulating New Forms of Employment: Local Experiments and Social Innovation in Europe*, Routledge, Oxford.
Scharpf F.W., 1988, *The Joint-Decision Trap: Lessons from German Federalism and. European Integration*, «Public Administration», vol. 66, pp. 239-78.
Sharpe L. (a cura di), 1993, *The Rise of Meso Government in Europe*, Sage, Londra.
Smisman S., 2004, *EU Employment Policy: Decentralisation or Centralisation through the Open Method of Coordination?*, WP Law 2004/1, European University Institute, Firenze.
Streeck W., 2000, *Competitive Solidarity: Rethinking the «European Social Model»*, in Hinrichs K. e al. (a cura di), *Kontingenz und Krise. Institutionenpolitik in kapitalistischen und postsozialistischen Gesellschaften*, Campus, Frankfurt A.M.
Trubek D.M. e Mosher J.S., 2003, *New Governance, Employment Policy and the European Social Model*, in Zeitlin J., Trubek D.M. (a cura di), *Governing Work and Welfare in a New Economy*, Oxford University Press, Oxford.
Viesti G. e Prota F., 2004, *Le politiche regionali dell'Unione europea*, Il Mulino, Bologna.
Zeitlin J., 2005, *Conclusion. The Open Method of Coordination in Action: Theoretical Promise, Empirical Realities, Reform Proposals*, in Zeitlin J., Pochet P. (a cura di), con Magnusson L., *The Open Method of Coordination in Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*, PIE-Peter Lang, Bruxelles.
Zeitlin J. e Pochet P. (a cura di) con Magnusson L., 2005, *The Open Method of Coordination in Action: The European Employment and Social Inclusion Strategies*. PIE-Peter Lang, Bruxelles.

La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa: alcune riflessioni sui processi di *rescaling* e governance*

Yuri Kazepov, Eduardo Barberis

L'articolo ripercorre i cambiamenti nei sistemi di welfare di otto paesi europei, considerando come punto di osservazione privilegiato i processi di ri-organizzazione territoriale (impliciti ed espliciti) delle politiche sociali. Tali processi hanno implicato nuove configurazioni territoriali e il coinvolgimento di attori pubblici e privati nell'organizzazione e nel finanziamento di diverse politiche sociali. L'analisi verticale e orizzontale di tali cambiamenti evidenzia una interazione notevole fra queste due dimensioni che porta ad esiti coerenti, ma specifici. Infatti, la convergenza delle tendenze di rescaling e governance, porta ad esiti legati alle caratteristiche dei modelli nazionali e locali di welfare che adattano i cambiamenti alle condizioni contestuali di riferimento.

1. Introduzione

La dimensione territoriale è stata a lungo poco rilevante nell'analisi delle politiche sociali, che erano prevalentemente considerate *politiche nazionali*. Tutta la letteratura comparata del dopoguerra basava i confronti su dati nazionali e il welfare state veniva identificato con lo

* Il contributo si basa su riflessioni sviluppate nell'ambito del progetto internazionale *Rescaling Social Policies towards Multi-Level Governance in Europe* che Yuri Kazepov ha coordinato dal punto di vista scientifico per conto dello European Centre for Social Welfare Policy and Research e al quale Eduardo Barberis ha partecipato. I contenuti derivano dai rapporti nazionali dei partner dei nove paesi coinvolti nel progetto (Spagna, Italia, Francia, Svizzera, Polonia, Danimarca, Svezia, Norvegia e Finlandia) e da riflessioni sviluppate nell'ambito di altri progetti di ricerca che sono state pubblicate in Kazepov e Arlotti (2007) e Kazepov (2008a; 2008b). Il progetto *Rescaling* analizza l'evoluzione della dimensione territoriale delle politiche sociali e le configurazioni degli attori coinvolti nelle stesse negli ultimi 25 anni nei campi dell'attivazione, della cura degli anziani non autosufficienti e del sostegno al reddito. Gli autori ringraziano Marco Arlotti per gli scambi di idee sui temi qui trattati e per il calcolo dei dati della tab. 1.

Stato nazionale che, proprio grazie ad esse, ha rafforzato la propria identità nel periodo post bellico. La dimensione nazionale era preminente sia nell'ambito regolativo sia nell'ambito redistributivo.

Alcuni cambiamenti strutturali hanno messo in moto processi di riarticolazione territoriale. Sono cambiamenti noti. Tra le trasformazioni di natura socio-demografica, abbiamo un aumento dell'invecchiamento della popolazione, la diminuzione dei tassi di fertilità, il mutamento dei modelli di convivenza familiare, la loro fragilità e diversificazione e l'incremento dei flussi migratori. Tali trasformazioni si sono intrecciate con i cambiamenti di natura socio-economica, quali un'aumentata competizione globale, un profondo processo di ristrutturazione industriale che ha portato alla diffusione di modelli di produzione più flessibili, all'aumento e consolidamento della disoccupazione strutturale e a un aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro.

Questi cambiamenti hanno minato alla base il funzionamento delle istituzioni di welfare nazionali, modificando le modalità con cui si è alimentato lo sviluppo delle politiche sociali stesse. Non si era più in un contesto di crescita economica in cui i conflitti venivano tenuti sotto controllo redistribuendo più risorse. I bisogni e i rischi sociali che il nuovo contesto ha prodotto – dalla cura alla disoccupazione, a una crescente vulnerabilità diffusa – hanno accelerato l'emergere di una profonda «obsolescenza» delle soluzioni istituzionali consolidatesi fino ad allora.

Il bisogno di riforme strutturali emerso negli anni ottanta ha trovato riscontro in un'intensa attività riformatrice a partire dagli anni novanta. Le riforme hanno riguardato numerose aree di policy, hanno dovuto considerare un contesto di crescenti vincoli finanziari e (in parte) regolativi a livello europeo, configurando un quadro complesso e non sempre semplice da decifrare e interpretare. Le riforme, infatti, sono state giustificate e legittimate con il ricorso a retoriche e ideologie differenti, dando per scontato l'ineludibilità delle scelte. La retorica della globalizzazione e della necessità di flessibilizzare le politiche attraverso riforme orientate al mercato e all'occupabilità ha influenzato non poco la direzione che le riforme hanno preso nella maggior parte dei paesi europei. Questo processo di *neoliberalizzazione* delle politiche non è stato, però, univoco. Soprattutto non lo è stato nell'ambito più specifico delle politiche sociali. Retoriche differenti, che hanno teso a coniugare il ricorso al mercato (e alla competitività) con forme innovative di solidarietà e coesione sociale, hanno accompagnano le riforme

con altrettanta forza normativa. Il ricorso al principio di *sussidiarietà* e alla necessità di un crescente coinvolgimento di attori della società civile e del «non-pubblico» – nel senso di *statale* e *burocratico* – si è diffuso in maniera altrettanto capillare con diverse sfumature.

In questi anni alcuni studiosi hanno cominciato a considerare la dimensione territoriale non più come scontata ma come cruciale per comprendere i processi di ri-articolazione e differenziazione delle politiche sociali (McEwen e Moreno, 2004; Ferrera, 2005): di fatto, molte riforme hanno previsto anche una *riorganizzazione territoriale*. Un altro aspetto trasversale particolarmente rilevante per un'analisi territoriale ha riguardato la *moltiplicazione degli attori coinvolti,* che hanno acquisito legittimazione non più solo nell'attuazione e gestione delle misure specifiche, ma anche nel disegno istituzionale delle politiche sociali stesse.

La trasversalità di queste due caratteristiche delle riforme è tanto più sorprendente quanto più alla loro base vi sono spesso retoriche ideologicamente contrastanti. Da un lato, infatti, abbiamo il discorso sull'efficienza e le forme regolative di mercato. Dall'altro abbiamo il richiamo al *principio di sussidiarietà* e alla necessità di coinvolgere la società civile nella gestione della cosa pubblica per aumentare il controllo democratico e la legittimità delle scelte. Abbiamo richieste di *empowerment* e di democrazia partecipativa emergenti dal basso e la necessità di individualizzare gli interventi di politica sociale in un quadro di crescente diversificazione dei bisogni (Paci, 2007).

Il ricorso a tali retoriche ha forti gradi di sovrapposizione e, quasi paradossalmente, indirizza le riforme in direzioni simili anche quando il colore politico di chi le promuove è differente. Certo, le sfumature nella normativa sono importanti e fanno la differenza nel favorire alcuni esiti piuttosto che altri. Vi sono, però, numerosi elementi che i due processi condividono. La presenza di articolati livelli territoriali con capacità regolativa autonoma, infatti, non è disgiunta dalla diffusione di nuove forme di governance e dalla moltiplicazione degli attori coinvolti nel processo politico. Esse richiedono condizioni regolative territoriali specifiche, che valorizzino e rendano autonomi gli attori. Non è casuale, dunque, che nell'ambito delle politiche sociali la riarticolazione territoriale sia andata prevalentemente verso una *decentralizzazione* e venga giustificata sia con l'intento di essere «più prossimi ai cittadini» sia con la necessità di essere più efficaci ed efficienti.

In questo contributo si privilegerà la dimensione territoriale, ma si cercherà di illustrare anche come essa interagisca con la moltiplicazio-

ne degli attori. Le riforme, infatti, facendo riferimento alla *sussidiarità* come principio guida, portano verso assetti regolativi complessi, che la letteratura sintetizza con il termine di *governance multilivello*. L'esito, però, non è scontato: la complessificazione delle relazioni istituzionali, in cui attori differenti a differenti livelli territoriali interagiscono e negoziano in un quadro sempre meno gerarchizzato e regolamentato (Bache e Flinders, 2004; Le Galès, 2002), porta talora a casi in cui la legittimità stessa dell'intervento pubblico viene messa in dubbio. Lo Stato viene, infatti, legittimato ad intervenire solo in assenza di capacità autonome di regolazione locale.

Questa tendenza verso una crescente *sussidiarizzazione delle politiche sociali* (Kazepov, 2008a) presenta un forte grado di ambiguità, perché non sempre definisce quando un singolo o una comunità non sono più in grado di autoregolarsi. Qual è il livello di diseguaglianza e/o povertà che una comunità considera accettabile socialmente? Quando andiamo ad analizzare le politiche qualche risposta, anche innovativa, si trova. Tuttavia, la mancanza di risposte univoche a tali quesiti mostra il grado di incertezza, discrezionalità e fluidità in cui gli assetti emergenti si vengono a trovare. Essi possono variare da politica a politica e da sistema di welfare a sistema di welfare. Alcune misure prevedono assetti organizzativi puntuali nel definire soglie, criteri, meccanismi di controllo, altri meno. Considerare queste differenze è, dunque, cruciale per comprendere l'impatto dei cambiamenti.

Per questi motivi nella prima parte del contributo si indicano alcuni aspetti da considerare per la comprensione delle trasformazioni in contesti differenti. Nella seconda parte vengono presentate alcune delle principali dinamiche di ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali in nove paesi europei negli ultimi 20 anni. La terza parte, invece, mette in rapporto la ri-organizzazione territoriale con altri processi di cambiamento. La quarta parte conclude il contributo con considerazioni di sintesi che mostrano alcune implicazioni dei processi di cambiamento e alcuni nodi critici sulle loro potenziali conseguenze.

2. La ri-organizzazione territoriale in contesti differenti

Per comprendere meglio le dinamiche di ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali è opportuno partire da alcuni assunti che facilitano la lettura del fenomeno. Primo fra tutti, il fatto che processi si-

mili in contesti diversi hanno significati e impatti differenti. Infatti, nonostante la *sussidiarizzazione* delle politiche sociali sia una retorica convergente nella maggior parte dei paesi europei, l'impatto nazionale e locale dei processi varia a seconda dei modelli regolativi.

Per questo motivo, nel presentare alcuni risultati preliminari del progetto, abbiamo raggruppato i paesi che ne fanno parte in base a una classificazione tipologica che, ispirata dai contributi di Esping-Andersen (1990; 1999), incorpora il dibattito successivo e identifica cinque modelli prevalenti in Europa (Kazepov, 2008a): i tre sistemi di welfare identificati da Esping-Andersen più un sistema di welfare sud-europeo e uno di transizione nei paesi dell'Europa dell'Est. Non riproponiamo qui una descrizione analitica dei modelli, che a grandi linee sono noti. Accenneremo ad alcune loro caratteristiche solo rapidamente e in modo strumentale nelle parti successive. Consideremo brevemente anche i tipi di relazione tra attori che vengono a instaurarsi nei diversi assetti di *governance multilivello*. Questi assetti, infatti, non sono solo coerenti con i principi regolatori prevalenti nei diversi sistemi di welfare (Jessop, 2002; 2008; Di Gaetano e Strom, 2003), ma riflettono il grado di solidarietà e di accettazione che società diverse hanno della diseguaglianza, qualificando la propria propensione a muoversi in una direzione piuttosto che l'altra nella strutturazione e negli esiti delle riforme in atto.

Ne emerge un quadro del *modello sociale europeo* piuttosto articolato in cui la *famiglia* e/o lo *Stato* si fanno per lo più carico delle responsabilità sociali. Nel primo caso è possibile ipotizzare che prevalgano principi regolativi improntati alla *sussidiarietà* (e la reciprocità), mentre nel secondo caso è ipotizzabile che prevalgano principi regolativi improntati alla redistribuzione. Se consideriamo famiglia e Stato ai due estremi di un continuum, occorre distinguere tra *sussidiarietà passiva* – in cui lo Stato delega responsabilità sociali senza erogare risorse adeguate per farvi fronte – e *sussidiarietà attiva*, in cui lo stato eroga risorse a favore degli attori che si assumono la responsabilità sociale (Kazepov, 2008a). Queste alternative non sono senza conseguenze sul processo di riorganizzazione territoriale delle politiche sociali: infatti, nei sistemi a *sussidiarietà passiva* bisogna tenere in considerazione che la famiglia (o la società civile) possiede capacità redistributive limitate rispetto allo Stato, e che quindi il livello di diseguaglianza ne risente. Comprendere il processo di *sussidiarizzazione,* quindi, significa comprendere come le caratteristiche dei sistemi di welfare, e i rispettivi principi regolatori, contribuiscano a tradurre i

processi di trasformazione in specifici esiti contestualizzati. In questo senso, un ruolo importante viene giocato anche dall'evoluzione della spesa e della fiscalità pubblica a diversi livelli territoriali. È, infatti, rispetto a questo indicatore che le tendenze che illustreremo assumono un significato più preciso (cfr. tab. 1).

Tabella 1 - Indice di centralizzazione/decentralizzazione fiscale[1] *in alcuni paesi europei (1974-2000)*

Anno	Coeff. di variaz.	Dk	Fin	No	Se	De	Ch	Fr	Es	It	Uk	Pl
1974	37,40	0,40	0,33	0,39	0,41	0,38	0,44	0,15	0,15	0,12	0,23	0,21[2]
2000	30,20	0,44	0,33	0,30	0,41	0,39	0,39	0,20	0,27	0,24	0,14	0,27
Δ	-7,20	0,04	0,00	-0,09	0,00	0,01	-0,05	0,05	0,12	0,12	-0,09	0,06
Trend[3] 2006	+/-	--	-	--	--	+/-	+/-	+	++	++	--	++

Fonte: Nostre elaborazioni su dati International Monetary Fund (Imf) (1972-2002).

[1] Il coefficiente di variazione considera tutti i paesi esclusa la Polonia.

[2] I dati sulla Polonia si riferiscono rispettivamente agli anni 1985 e 2000.

[3] Analisi delle riforme del progetto Rescaling.

Il quadro che emerge considerando gli indicatori finanziari è – a prima vista – contro-intuitivo. Nel 1970, i paesi più decentralizzati sono quelli scandinavi e quelli meno decentralizzati sono quelli sud-europei. Il coefficiente di variazione è abbastanza alto e le differenze tra i paesi considerati significative. A partire dagli anni novanta hanno avuto luogo le prime riforme volte ad aumentare l'autonomia fi-

[1] Abbiamo calcolato l'indice di decentralizzazione finanziaria considerando quattro indicatori: 1) la quota di spesa sub-nazionale sul totale della spesa nazionale; 2) la quota di spesa sub-nazionale sul Pil; 3) la quota di tasse sub-nazionali sul totale delle entrate sub-nazionali; 4) la quota di tasse sub-nazionali sul totale delle tasse. Per ogni paese il punteggio ottenuto è stato standardizzato, i.e. 0 = totale assenza di decentralizzazione; 1 = totale decentralizzazione.

nanziaria dei livelli di governo sub-nazionale, sia in termini di entrate, incentivando la tassazione decentrata (Stegarescu, 2005), sia in termini di spesa, attraverso aumentate attribuzioni di costi da coprire con le risorse locali. Entrambe queste tendenze mostrano forme di convergenza nel grado di decentralizzazione finanziaria e amministrativa (Thieben, 2003).

Le conseguenze sono, però, complesse da decifrare, perché un'alta quota di tassazione sub-nazionale non corrisponde necessariamente a un elevato grado di autonomia sub-nazionale ed è fondamentale considerare i meccanismi politici di regolazione[2]. La dimensione finanziaria diventa, quindi, più comprensibile nel momento in cui viene letta insieme ai contesti regolativi che caratterizzano i diversi sistemi di welfare in Europa.

3. La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali

La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali rappresenta un processo complesso, osservabile in un'ottica di medio-lungo periodo, che emerge in seguito alle pressioni endogene ed esogene cui abbiamo brevemente accennato nell'introduzione. Fino alla seconda metà degli anni settanta le politiche di welfare erano prevalentemente regolate a livello nazionale. Questo era vero non solo per le politiche contributivo-previdenziali, ma anche per le politiche attive del lavoro e per altri servizi (e.g. collocamento, cura degli anziani, ecc.). Esse venivano accompagnate da politiche territoriali di tipo keynesiano, volte a promuovere lo sviluppo economico nelle aree periferiche dei diversi paesi (e.g. il Mezzogiorno in Italia, l'Andalusia in Spagna, ecc.) nel tentativo di compensare le differenze esistenti tra livelli sub-nazionali (Brenner, 2004).

Dalla seconda metà degli anni settanta, le trasformazioni socio-economiche hanno portato a una crescita dell'inflazione e della disoccupazione, accompagnate da un crollo dei tassi di crescita economica. L'effetto è stato quello di indebolire le capacità regolative dello Stato nazionale, almeno in termini keynesiani (Jessop, 2002). L'equilibrio che aveva contribuito all'età dell'oro del welfare state è, infatti, venuto

[2] Un'elevata tassazione sub-nazionale potrebbe essere regolata da stringenti criteri nazionali, tali da limitare l'autonomia degli enti sub-nazionali o viceversa (Oecd, 2006).

meno con la crisi del circolo virtuoso tra piena occupazione e alti tassi di crescita.

I processi di ri-organizzazione territoriale che hanno accompagnato queste trasformazioni in Europa hanno seguito una duplice direzione. Da un punto di vista economico sono diventati molto rilevanti attori sovra-nazionali e sub-nazionali. Da un lato è nato il mercato comune, sono state definite le regole della concorrenza ed è stato introdotto l'euro; dall'altro lato, Comuni e Regioni hanno acquisito una rilevanza strategica crescente nella competizione globale (Swyngedouw, 1997; Buck e al., 2005), anche perché le prestazioni del sistema economico del territorio sono divenute sempre più la base per le entrate degli enti sub-nazionali.

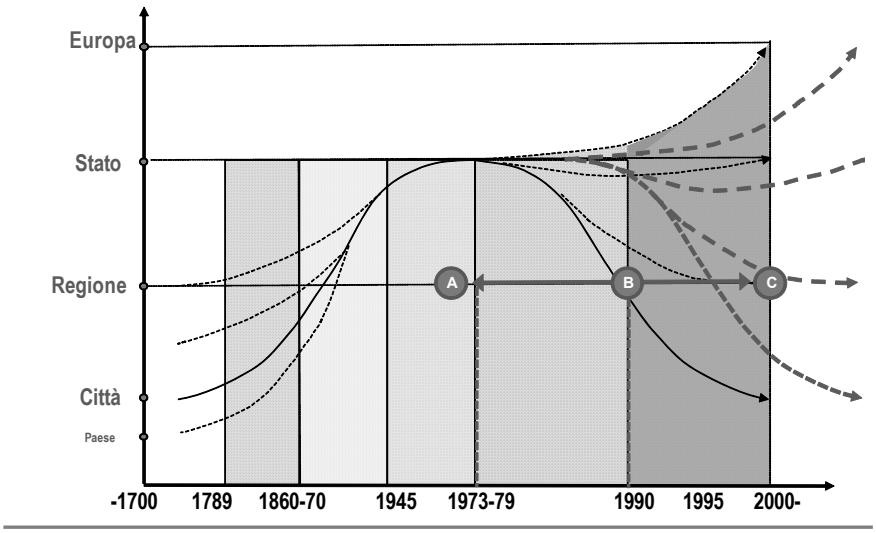
Dal punto di vista delle politiche sociali, lo scenario è stato decisamente differente. A livello sovra-nazionale, con l'eccezione di alcune politiche, principalmente collegate ai fondi strutturali da un lato e alla retorica della strategia europea per l'occupazione dall'altro (Ashiagbor, 2005), le politiche sociali hanno giocato un ruolo piuttosto marginale. È vero che formalmente sono stati intrapresi alcuni passaggi importanti, come la definizione di obiettivi comuni nella lotta contro l'esclusione sociale e la povertà e i Piani di azione nazionali per l'inclusione sociale. Anche nell'ambito della Strategia europea dell'occupazione sono stati definiti (Consiglio europeo di Lisbona, 2000) obiettivi importanti da raggiungere entro il 2010. Questi documenti, tuttavia, si sono tradotti molto parzialmente in politiche concrete: viceversa, la regolazione sovra-nazionale di mercato ha posto stringenti vincoli di bilancio all'interno dei quali le politiche sociali hanno dovuto svilupparsi. La relazione tra i due processi è problematica e molti dei nodi critici che emergono dal processo di ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali potrebbero venire limitati da una regolazione più puntuale a livello sovra-nazionale.

3.1 Forme implicite ed esplicite della ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali

Nell'ambito dei processi di ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali negli ultimi trent'anni possiamo riconoscere due principali tendenze: una *implicita* e una *esplicita* (cfr. fig. 1). Nel caso della ri-organizzazione *implicita* non vi sono riforme che modificano i riferimenti territoriali delle politiche, ma è l'interazione tra il funzionamento delle istituzioni e il contesto socio-economico a modificare il

peso specifico di politiche regolate a livelli territoriali differenti. Nel caso di una ri-organizzazione *esplicita*, invece, sono le riforme che spostano le risorse e/o le capacità regolative attribuendole ad altri livelli territoriali.

Figura 1 - Processo di ri-organizzazione territoriale implicito ed esplicito e gap tra mutamento socio-economico e processi di riforma istituzionale.



Fonte: Kazepov (2008b).

Fra la fine degli anni settanta e la metà degli anni ottanta hanno prevalso i cambiamenti *impliciti* (AB, fig. 1). Poche riforme, ma diversi cambiamenti nel peso delle politiche nei rispettivi panorami nazionali: si consideri, per esempio, l'aumento dei beneficiari delle politiche assistenziali nella maggior parte dei paesi dell'Europa continentale, regolate a livello sub-nazionale, rispetto ai beneficiari delle politiche del lavoro, regolate prevalentemente a livello nazionale.

È solo a partire dalla seconda metà degli anni novanta che, parallelamente al diffondersi di politiche di attivazione, possiamo riconoscere alcune prime riforme esplicite (BC, fig. 1) che hanno un impatto importante sulla distribuzione territoriale della capacità regolativa delle politiche sociali, soprattutto verso enti territoriali sub-nazionali. Si pensi, per esempio, alla crescente localizzazione dei servizi all'impiego nella maggior parte dei paesi europei.

Nell'ultimo decennio questa tendenza si è complessificata, mostrando, soprattutto nei paesi che più precocemente avevano avviato percorsi di decentramento, anche tendenze al riaccentramento. Tali tendenze, però, hanno assunto forme volte a migliorare *l'efficienza* e *l'efficacia* delle politiche nonché a ridurre le diseguaglianze territoriali attraverso il coordinamento orizzontale e verticale fra attori piuttosto che conferire allo Stato poteri che aveva precedentemente devoluto.
Nei prossimi paragrafi presenteremo una sintesi dei principali processi di ri-organizzazione territoriale avvenuti negli ultimi vent'anni nei diversi modelli di welfare, con esempi da nove paesi europei.

3.2 La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali nei paesi scandinavi

Nei paesi del Nord Europa, negli anni novanta il processo di ri-organizzazione territoriale si è concretizzato nella perdita di ruolo degli enti territoriali intermedi, le Contee. Questo ha portato a un'attribuzione delle loro competenze sia allo Stato sia ai Comuni. Tale processo si è accompagnato a forme di privatizzazione e pluralizzazione degli attori più contenute che altrove, in un quadro in cui ha continuato a prevalere il ruolo redistributivo dello Stato. I cambiamenti, infatti, non hanno stravolto i principi regolativi che li caratterizzano (nonostante un forte ricorso a politiche di attivazione) e hanno riguardato per lo più l'allocazione di risorse e responsabilità fra attori pubblici presenti a diversi livelli territoriali. Nell'ultimo decennio questa tendenza si è indirizzata verso un maggiore coordinamento tra enti territoriali e attori non solo per questioni di efficienza ed efficacia, ma anche per contenere un potenziale aumento delle diseguaglianze territoriali. In alcuni casi (Norvegia, Finlandia, Danimarca) la soluzione tentata è stata l'integrazione istituzionale, con la fusione degli enti che si occupano di politiche del lavoro e di assistenza sociale. Tale soluzione, tuttavia, presenta ancora qualche problema date le diverse culture organizzative e i differenti target.
In Finlandia, negli anni novanta, il ruolo dei Comuni nella gestione delle politiche sociali e sanitarie è cresciuto. La riforma della programmazione e del finanziamento dell'assistenza sociale e sanitaria (1992) ha attribuito loro diverse responsabilità che erano delle Contee favorendo i fondi senza vincolo di destinazione e ri-dimensionando le funzioni di controllo delle Contee. Nel 1997 queste ultime, che fino ad allora rappresentavano il governo nell'implementazione delle politiche sociali e sanitarie, sono state ridotte da 12 a 6. Poter decidere

autonomamente come ripartire i fondi statali e come organizzare i servizi ha comportato anche un processo di de-monopolizzazione e la crescita del ruolo di attori privati come partner degli attori pubblici, con un crescente anche se limitato ricorso alla regolazione di mercato (Kauppinen e Niskanen, 2005). Lo spazio locale è rimasto, tuttavia, confinato all'ambito gestionale, mentre regolazione e programmazione degli interventi sono restate in capo alla normativa nazionale.

Nel decennio successivo è stata avviata la sperimentazione di nuove forme di coordinamento, sia orizzontale sia verticale. A livello orizzontale, tra il 2002 e il 2004, sono state avviate forme di integrazione socio-sanitaria paragonabili ai coordinamenti di zona. A livello verticale, nel maggio 2005 il ministro delle finanze finlandese ha avviato una iniziativa volta a coordinare le attività dei Comuni, a rivedere i confini degli enti locali e a ricentralizzare compiti che in forma decentrata non hanno dato gli esiti sperati. Le misure approvate nell'ultimo decennio – tra cui i programmi sociali e sanitari del 2002-03 – si affidano generalmente a strumenti di *soft governance*, quali raccomandazioni, linee-guida, buone pratiche non vincolanti, per cui l'effetto omogeneizzante è stato piuttosto limitato. Provvedimenti più vincolanti sono stati approvati più di recente (2005) e hanno riguardato la standardizzazione delle soglie di reddito per l'accesso ai servizi assistenziali, e dell'assistenza agli anziani (2006), con la riduzione dell'autonomia decisionale locale.

In Norvegia l'andamento è stato simile a quello finlandese. Negli anni novanta le Contee hanno perso competenze che sono state assorbite sia dal governo nazionale che dai Comuni. In particolare questi ultimi hanno mostrato un notevole protagonismo, a partire dalla legge sul governo locale del 1992.

I processi di decentramento e accentramento sono continuati in direzioni ambivalenti con una maggior attenzione ai problemi del coordinamento negli anni duemila. Anche in questo caso, in quadro di aumentate competenze locali, sono stati messi in campo strumenti volti a limitare la discrezionalità locale. Le forme di tipo *soft* (e.g. le raccomandazioni non vincolanti), sono compensate da forme più dirette, come i fondi con vincolo di destinazione. Una significativa forma di riaccentramento ha riguardato, invece, la sanità. Nel 2001-02 la riforma ospedaliera ha tolto la proprietà delle strutture sanitarie alle Contee a favore dello Stato e ha istituto cinque agenzie regionali governate da consigli tecnici (semi)indipendenti. Si è passati, così, dall'autonomia locale al decentramento governato (Lægreid, Opedal e Stigen, 2005).

In Svezia, come in Norvegia, la legge sul governo locale è stata riformata all'inizio degli anni novanta (1991), attribuendo maggiori responsabilità al livello municipale in materia sociale. Nel corso del decennio, inoltre, ai Comuni è stata attribuita responsabilità anche nelle politiche del lavoro. Pure nel caso svedese, però, la tendenza al decentramento è stata contrastata da alcuni processi di riaccentramento (Bäck e Johansson, 2006) e l'ambivalenza fra le due tendenze assume anche qui la forma dello svuotamento del livello intermedio delle Contee. Mutamenti ambivalenti in questo decennio si sono avuti anche dal punto di vista finanziario. Dal 1992-1993 i trasferimenti statali hanno visto calare la quota dei fondi con vincolo di destinazione, ma a limitare l'acquisita autonomia fiscale sono intervenuti provvedimenti che hanno impedito l'innalzamento delle tasse locali (1991-93), uniformato i livelli di tassazione locale e reso obbligatorio il pareggio di bilancio (1996-97). Nel decennio successivo, il ripensamento sul modello territoriale si è avviato nel 2003 con la costituzione di una commissione parlamentare volta ad analizzare le funzioni dei diversi uffici ai diversi livelli e a formulare proposte correttive. L'attenzione si è, dunque, concentrata sulla creazione di standard. Già negli anni novanta si era dato vita a qualche iniziativa in questo senso, come la creazione dello *Statens institutionsstyrelse* (1994), che gestisce gli istituti per alcolisti, tossicodipendenti, minori disagiati ecc., e la definizione di standard di alcuni servizi (per es. sull'accesso agli asilo-nido). Questa tendenza è proseguita negli anni duemila. Tra il 2001 e il 2002 il governo ha ridotto le possibilità organizzative dei servizi sanitari affidati alle Contee (divieto di affidare a privati gli ospedali) e ha calmierato le tariffe per i servizi agli anziani (Trydegård, 2004).

In Danimarca il ruolo dei Comuni è rilevante sin dalla riforma del governo locale degli anni settanta, anche dal punto di vista politico. Anche in questo caso, tuttavia, osserviamo tendenze di segno opposto: negli anni novanta c'è stato un processo di legiferazione nazionale volto a proteggere i diritti individuali e ad uniformare l'azione degli enti locali (per es. coi livelli minimi di prestazioni nei servizi per gli anziani nel 1998) e forme di proceduralizzazione che, in nome della trasparenza, hanno obbligato gli enti locali a rendicontare al governo nazionale diversi servizi (Thorgaard e Vinther, 2007). L'autonomia dei Comuni è stata controllata anche attraverso l'introduzione di strumenti semi-privatistici quali i contratti fra enti territoriali e gli accordi di programma e con la crescita dei fondi con vincolo di destinazione e delle forme di controllo economico legate ai rimborsi delle spese co-

munali (in particolare nelle politiche del lavoro). Il processo di riaccentramento sembra essere stato particolarmente ampio e precoce, anche in ragione di una municipalizzazione più antica e ampia che può aver suggerito, prima che altrove, un'attenzione per la questione del coordinamento e del contenimento delle differenze territoriali. La riforma del governo locale e il depotenziamento dei livelli intermedi è avvenuta, però, solo nel 2007, quando le 13 Contee sono state trasformate in 6 Regioni, eliminandone l'autonomia impositiva. Alle Regioni sono rimaste solo competenze in materia sanitaria e di promozione dell'economia regionale, mentre gli altri compiti sono stati attribuiti in egual misura al governo centrale e ai Comuni. Anche i Comuni sono stati ridotti considerevolmente (da 270 a 98, eliminando tutti quelli con meno di 20.000 abitanti). Tali fusioni sono state giustificate dalla necessità di avere unità territoriali sufficientemente ampie da farsi carico delle nuove responsabilità ad esse devolute (Thorgaard e Vinther, 2007). Recentemente, l'attenzione per il coordinamento si è concretizzata nella riforma che ha fuso a livello nazionale assistenza sociale e politiche del lavoro (2003). La riforma del governo locale nel 2007 ha portato questo cambiamento, con l'associazione dei servizi per assicurati e non assicurati sotto la supervisione delle Regioni.

3.3 La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali nei paesi dell'Europa continentale

Il modello corporativo che caratterizza i paesi dell'Europa continentale sembra essere quello meno omogeneo in termini di organizzazione territoriale. Esso include, infatti, paesi centralisti (e.g. Francia), paesi federalisti (e.g. Svizzera[3] e Germania). Tali differenze derivano dai diversi percorsi costitutivi dello Stato-nazione, da diverse concezioni della cittadinanza e da ruoli differenti dei corpi sociali intermedi. Nonostante queste differenze, nell'insieme si può osservare una comune tendenza al decentramento, pur in un quadro in cui ultimamente il coordinamento territoriale sta divenendo una preoccupazione centrale. A differenza dei paesi nordici, però, l'attore vincente non sono tanto i Comuni, quanto gli enti di dimensione provinciale o regionale.
In Francia gli anni novanta hanno costituito una fase di transizione fra

[3] Esping-Andersen (1990) include la Svizzera nel modello liberale, ma in diverse politiche essa presenta punti di contatto con i modelli corporativi tedesco e francese.

le riforme degli anni ottanta, che hanno creato il sistema a quattro livelli (Stato-Regioni-Dipartimenti-Comuni), e quelle degli anni duemila. Gli enti territoriali hanno avuto in questa fase un ruolo prevalentemente esecutivo, sottoposti al controllo degli enti decentrati dello Stato e a una notevole dipendenza finanziaria (Schneider, 2003). Il *Décentralisation-Acte II* del 2003 ha modificato l'art. 1 della Costituzione, affermando l'organizzazione decentrata della Repubblica, con una maggior attenzione verso gli enti territoriali sub-nazionali. Il livello territoriale vincente è risultato quello dei Dipartimenti, che hanno esteso il proprio campo d'azione, ottenendo una competenza generale nella programmazione, definizione, regolazione e organizzazione delle politiche sociali (e.g. anziani, giovani, minori, disabili e politiche attive per gli utenti Rmi). Ad essi è affidato il compito di superare la frammentazione delle politiche locali (i Comuni francesi sono ben 36.700) concentrando ad oggi metà della spesa sociale (Pinson e Le Galès, 2005). La cultura politica e l'organizzazione fortemente centralista hanno, comunque, influenzato l'esito del processo di riorganizzazione territoriale delle politiche sociali francesi. Dopo 25 anni di riforme, infatti, lo Stato mantiene un ruolo di primaria importanza e la riorganizzazione territoriale ha premiato anche il livello nazionale. Tale quadro trova conferma nel ruolo giocato dagli standard nazionali e nelle forme contrattuali che coinvolgono/vincolano gli enti territoriali con lo Stato. I nodi critici di questi nuovi assetti sono emersi soprattutto nell'integrazione delle azioni dipartimentali con quelle degli uffici decentrati del governo (per esempio per le politiche attive nell'ambito del Rmi), in rapporto con una tradizionale, complessa categorizzazione dell'utenza. Paradossalmente, però, il decentramento è stato un'occasione per ridurre le disparità e l'autonomia dei Dipartimenti. Infatti, ad essi è stato attribuito il dovere di finanziare misure definite centralmente, ma l'ammontare delle risorse non ha seguito la crescita delle responsabilità istituzionali. Di conseguenza, i Dipartimenti (che hanno un peso politico limitato) hanno abbandonato misure e iniziative prese autonomamente per poter far fronte ai compiti delegati dallo Stato.

Nel caso svizzero, la costruzione federalista dello Stato attribuisce da sempre ai Cantoni notevoli responsabilità in materia sociale: il 40% della spesa sociale e delle entrate sono cantonali (Vatter e Wälti, 2003). Dal punto di vista federale è, quindi, difficile governare i modelli organizzativi dei Cantoni, che variano considerevolmente in ragione di una notevole autonomia politica, fiscale e amministrativa. In

genere i Cantoni francofoni e italofoni sono più centralisti, mentre quelli germanofoni tendono a essere municipalisti. Nel complesso, negli anni novanta ha prevalso un ulteriore decentramento di responsabilità e risorse dai Cantoni ai Comuni, soprattutto in materia assistenziale. Dalla metà degli anni novanta anche le politiche di assistenza agli anziani sono andate in questa direzione: vincoli di bilancio hanno fatto optare per il passaggio dei servizi residenziali ai Cantoni e dei servizi domiciliari ai Comuni. Similmente, a metà anni novanta viene aumentato il peso delle politiche attive del lavoro la cui responsabilità viene attribuita ai centri per l'impiego cantonali. Lo spazio per un coordinamento normativo a livello nazionale negli anni duemila è partito, quindi, da condizioni difficili. La nuova costituzione del 2000 ha certo introdotto alcuni elementi di uniformità nella garanzia dei diritti sociali, ma in modo così minimale che di fatto nessun cantone si è sentito toccato nella propria autonomia. Tuttavia, la spinta al coordinamento, si può osservare a livello micro e meso, per esempio attraverso la gestione associata dei servizi residenziali per anziani a livello sovra-cantonale o la gestione associata fra più Comuni dei servizi domiciliari per anziani. Dal punto di vista della governance del sistema, è diventato sempre più significativo il ruolo della Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale (Skos), una Ong formata da rappresentanti di Comuni, Cantoni ed enti privati impegnati nel sociale, che fornisce linee guida non vincolanti (ma seguite da molti Cantoni) sui livelli minimi assistenziali. Anche a livello intra-cantonale si registra un'attenzione alla questione del coordinamento anche se in un quadro federale di sussidiarietà (attiva) piuttosto articolata e differenziata. Nei Cantoni più piccoli la tendenza è al riaccentramento (Müller e Stremlow, 2006) mentre la maggior parte dei Cantoni medio-grandi hanno delegato gran parte delle misure assistenziali al livello municipale.

3.4 La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali nell'Europa meridionale

I paesi dell'Europa meridionale sono caratterizzati da un centralismo che solo negli ultimi decenni si è mosso verso forme di decentramento, peraltro più politico-amministrative che fiscali. Le caratteristiche di residualità e di sussidiarietà passiva nelle politiche familiari, inoltre, hanno da sempre lasciato spazio all'intervento di attori locali pubblici e privati, che hanno assunto un nuovo status nel recente riconoscimento delle autonomie territoriali.
In Italia gli anni novanta proseguono un trend sincopato di progressi-

va attribuzione di poteri e responsabilità alle autonomie territoriali sia in termini di spesa, sia in termini di una crescente pluralizzazione dei fornitori di servizi. La legge 142/1990 sull'ordinamento degli enti locali e le leggi Bassanini del 1997 hanno attribuito nuovi poteri a Comuni e Province, sciogliendo alcuni nodi critici nei rapporti interistituzionali (Vandelli, 2004), mentre il d.lgs. 467/1997 ha attribuito loro nuove competenze in materia di collocamento e politiche del lavoro.

Un processo simile, con conseguenze più ampie, avviene nel caso spagnolo, in cui gli anni novanta vedono l'implementazione del dettato costituzionale del 1978, basato su un modello quasi-federale aperto, concertato, a più velocità, che ha il suo perno negli *Estatudos de autonomia* negoziati bilateralmente fra governo centrale e governi regionali. Tra il 1982 e il 1992 tutte le *Comunidades autonomas* hanno legiferato in materia assistenziale (Adelantado e Jiménez, 2003) ottenendo successivamente un ruolo di primo piano nelle politiche del lavoro (formazione professionale, politiche attive, gestione dei centri per l'impiego). L'attuazione di politiche sociali regionali garantisce una legittimazione politica e il protagonismo di questo livello territoriale, che risulta essere il vincitore dei processi di ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali in Spagna, tanto da permettere in alcuni casi forme di «riaccentramento» regionale col depotenziamento dei Comuni (Arriba, 1999).

L'esordio del nuovo millennio mostra una rinnovata crucialità delle questioni territoriali in entrambi i paesi. In Italia abbiamo la riforma del titolo V della Costituzione (2001), che attribuisce alle Regioni potestà legislativa esclusiva in materia di politiche sociali. In Spagna, nel 2002 si completa la devoluzione di competenze in materia di sanità ed educazione anche alle ultime *Comunidades autonomas* che ancora non avevano negoziato questo aspetto (Rodríguez Cabrero, 2004). In modo assai più spiccato che altrove, nei casi spagnolo e italiano gli enti territoriali vengono riconosciuti come elementi fondamentali dello Stato assumendo, negli ultimi anni, un ruolo sempre più rilevante nell'ambito delle politiche sociali (Moreno, 2006).

Tale affermazione del livello regionale non è esente da conflitti: il rapporto con il governo nazionale è, a tratti, burrascoso, coinvolgendo i tribunali costituzionali, quando non la Corte di Giustizia europea. Lo Stato fatica ad imporre proprie linee di governo, ricorrendo ora alla leva delle risorse, ora a complessi processi negoziali. La tradizionale frammentazione e residualità degli interventi assistenziali trova ri-

scontro nella complicata strutturazione dei rapporti interistituzionali e in un faticoso regionalismo che manca di strumenti di coordinamento. Peraltro, tali asimmetrie si inseriscono in un quadro di notevoli disparità regionali, e i disequilibri che discendono dall'attuale organizzazione territoriale non sembrano vedere soluzioni volte al superamento del problema. Eppure, i tentativi non sono mancati. In Italia, la legge 328/2000 mirava a fornire un assetto organico dei rapporti fra livelli territoriali e fra attori nel quadro di una sussidiarietà multilivello, ma la riforma costituzionale del 2001 l'ha svuotata di senso e ha focalizzato parte della conflittualità territoriale sulle questioni sociali e sanitarie. In effetti, anche il nuovo titolo V contiene previsioni di coordinamento nazionale che dovrebbe essere garantito dai livelli essenziali di assistenza (Liveas), ma all'atto pratico i Liveas non sono mai stati definiti[4]. Contrariamente al caso italiano, in Spagna è possibile osservare alcuni tentativi di stabilire in modo più chiaro un quadro nazionale di misure. L'intervento recente più rilevante (e con esiti ancora non chiari) è la creazione del *Sistema nacional de la dipendencia* (2006), volto a coordinare diverse misure assistenziali e ridurre le diseguaglianze territoriali. Nel complesso, la residualità degli interventi, con un ruolo sostitutivo svolto dal privato sociale, tipico del modello mediterraneo, non ha ancora trovato una collocazione nei nuovi assetti territoriali, pur essendo stati avviati passi per un riconoscimento regolato e un più stretto coordinamento con gli attori pubblici.

3.5 La ri-organizzazione territoriale nei paesi dell'Europa orientale: il caso polacco

Nei paesi dell'Europa dell'Est il decentramento non è stato una priorità, nonostante una certa insistenza negli anni novanta da parte degli organismi comunitari, che suggerivano l'istituzione di amministrazioni regionali per la distribuzione dei fondi europei. Fra le poche eccezioni figura la Polonia (Kulesza, 2002) che nel 1990 avvia la riforma della pubblica amministrazione. Uno dei primi risultati è la creazione delle *Gminy* (i Comuni), che diventano responsabili dell'amministrazione dell'assistenza sociale. Successivamente, la riforma della Costituzione

[4] La portata dei Liveas è stata ridotta in giurisprudenza: diverse sentenze della Corte costituzionale (e.g. la n. 248/2006 e la n. 387/2007) li hanno limitati a standard strutturali e qualitativi delle prestazioni. Inoltre, devono essere concordati con le Regioni e non possono porre vincoli di destinazione nell'allocazione delle risorse in materia di competenza regionale o indicare modelli organizzativi.

del 1997 introduce il principio di sussidiarietà e l'organizzazione decentrata del governo della cosa pubblica, con esiti che si riflettono nel decennio successivo. Nel 1999, infatti, vengono creati due ulteriori livelli di governo che completano la struttura territoriale, i *Powiaty* (livello provinciale) e i *Województwa* (*Voivodati*, livello regionale). Queste amministrazioni hanno iniziato ad avere un ruolo effettivo solo dal 2004, quando è stato varato il decentramento delle finanze pubbliche e aumentata l'indipendenza economica delle istituzioni territoriali. La creazione di questi livelli di governo si è innestata sulla preesistente struttura comunale, cosicché si è applicata una soluzione simile a quella dei paesi nordici: l'unità territoriale di minor dimensione non è gerarchicamente subordinata a quella di maggior dimensione. Ne discende, così, che il mattone fondamentale è costituito dal livello municipale, mentre gli altri enti territoriali intervengono in modo sussidiario solo per le attività non organizzabili a livello municipale. I *Powiaty* sono, comunque, diventati una sede di riferimento per le politiche sociali, e ad essi vengono attribuite diverse responsabilità in precedenza in capo al governo nazionale, mentre i *Voivodati* assumono in genere un ruolo di programmazione. Anche le politiche del lavoro vedono un simile processo, passando dalla responsabilità di enti decentrati del governo a quella degli enti territoriali provinciali e regionali non senza, tuttavia, un certo grado di confusione delle competenze per le politiche attive. Lo Stato mantiene le funzioni legislative e di gestione finanziaria, mentre la responsabilità di controllo su standard e qualità, presente nella norma, non pare aver sortito conseguenze effettive.

4. La ri-organizzazione e i processi concomitanti: attori e processi

La ri-organizzazione territoriale delle politiche sociali si è spesso accompagnata al mutamento di altri aspetti organizzativi. In particolare, la devoluzione delle competenze si è legata a una più complessiva demonopolizzazione delle misure di welfare. Gli enti territoriali hanno sempre più assunto la responsabilità di decidere come organizzare diversi servizi, e di come coinvolgere attori profit e non-profit nell'attuazione, gestione e programmazione delle politiche stesse. Riforme quali la domiciliarizzazione dell'assistenza agli anziani, la deospedalizzazione di interventi che erano stati a prevalente carattere sanitario (come quelli per i disabili), la svolta verso l'attivazione sia nelle politi-

che del lavoro che in quelle di contrasto alla povertà, sono state occasione per un cambiamento dell'organizzazione orizzontale oltre che verticale dei rapporti interistituzionali.
Possiamo osservare l'effetto di questi cambiamenti sui processi di sussidiarizzazione in diversi modi, e con tendenze coesistenti e contrapposte. L'esternalizzazione dei servizi, l'incremento delle forme di quasi-mercato sottolineano i vantaggi in termini di efficacia ed efficienza in tempi di vincoli di bilancio. La ristrutturazione delle arene decisionali con il coinvolgimento dei vari *stakeholders* e la valorizzazione del lavoro sociale e volontario evidenziano la partecipazione collettiva al bene «pubblico» (Paci, 2007). I processi di individualizzazione che caratterizzano questi mutamenti sono ambigui: da un lato esprimono l'orientamento efficientista volto a ridurre la dipendenza dal welfare e incentivare l'inserimento nel mercato, dall'altro sottolineano l'attenzione all'*empowerment* e alla rivendicazione dei diritti individuali (Ranci, 2006; Paci, 2007).
Nell'insieme, questi processi tendono, comunque, a deverticalizzare le forme di coordinamento, allargando la platea degli attori coinvolti e rendendo importanti le arene locali al cui livello non avviene solo più l'erogazione, ma anche una parte non trascurabile del processo decisionale su misure e politiche. In questo senso, riorganizzazione territoriale e sussidiarizzazione si sostengono reciprocamente. La loro intersezione sembra essere simile in diversi contesti nazionali e locali anche se le differenze non sono solo di grado. Proprio il fatto che si tengano assieme così tanti processi, implica un potenziale di differenziazione che alla fine va a radicarsi nei fondamenti costitutivi degli Stati-nazione e dei modelli di welfare: il trattamento della differenza, la concezione della cittadinanza, il ruolo dei corpi intermedi (Jessop, 2002; 2008; Kazepov, 2005).
C'è una certa coerenza, per esempio, fra crescente attenzione alle politiche attive e territorializzazione delle politiche del lavoro, fra creazione di sistemi di accreditamento e di scelta individuale e territorializzazione delle politiche per la non autosufficienza, fra ricorso a volontariato e privato sociale nell'erogazione, gestione e programmazione dei servizi di ultima istanza e territorializzazione delle politiche assistenziali. Ma le forme di contrattualizzazione, condizionalità, discrezionalità e moltiplicazione restano tuttavia molto ancorate ai sistemi di welfare nazionali. Per estremizzare le tipologie, nei paesi nordici la regolazione di mercato ha una copertura in genere limitata, la variabilità è controllata da standard nazionali, il coinvolgimento degli attori è

prevalentemente manageriale nella gestione o neocorporativo nella funzione di indirizzo, mantenendo, quindi, chiaro il primato dell'arena decisionale pubblica. Al contrario, nei paesi mediterranei la contrattualizzazione è prevalentemente retorica perché si accompagna poco e male a garanzie di diritti, la variabilità locale manca di standard nazionali e, quindi, il coinvolgimento dei molteplici attori viaggia a vista, con il rischio della delega in bianco o della prevalenza di logiche clientelari.

5. Alcuni nodi critici nella ri-organizzazione delle politiche sociali in Europa

Considerando il fatto che diversi contesti istituzionali tendono a prestrutturare sia l'impatto dei processi di sussidiarizzazione che le direzioni del cambiamento, in queste note conclusive vorremmo presentare brevemente alcuni nodi critici sottesi a questi processi da una prospettiva europea, che sono emersi nel nostro lavoro di ricerca:

a) Il coordinamento territoriale degli attori coinvolti nell'attuazione, nella gestione e nel design delle singole misure: la moltiplicazione degli attori, sia pubblici sia privati, ai diversi livelli territoriali apre la possibilità – nel caso di meccanismi istituzionali inadeguati – di creare nuovi spazi di discrezionalità, di moltiplicare potenziali conflitti e di favorire un'implosione politica (veti reciproci, stagnazione politica, ecc.). Si pensi alle difficoltà nei processi di integrazione socio-sanitaria o delle politiche del lavoro con quelle assistenziali. Nei paesi scandinavi la questione del coordinamento ha trovato risposte che – pur mantenendo le funzioni già attribuite agli enti locali – introducono funzioni di controllo e di garanzia dei diritti individuali, tutelati dalla definizione di standard e procedure di qualità, dall'integrazione fra servizi, dall'abbinamento fra riduzione delle istituzioni coinvolte e aumento degli spazi negoziali (Fimreite e Lægreid, 2008).
b) L'istituzionalizzazione delle differenze sub-nazionali: la crescente localizzazione dei processi di decisione politica tende a consolidare pratiche differenziate, legittimando lo sviluppo di modelli locali che pro-ciclicamente tendono a riflettere le disparità economiche piuttosto che a contrastarle. Il caso della costruzione di una rete di ultima istanza in Spagna, per esempio, appare paradigmatico: pur essendo uno strumento esistente in quasi tutte le *Comunidades auto-*

nomas, il reddito minimo è sottoposto ad una grandissima diversità territoriale per quanto riguarda tassi di copertura e organizzazione, perdendo di fatto il suo ruolo di salvaguardia dei diritti di cittadinanza sociale (Adelantado e Jiménez, 2003).

c) L'*accountability* del processo di decisione politica: la moltiplicazione degli attori e la loro frammentazione territoriale tende a indebolire il controllo democratico sui criteri di accesso degli attori all'arena politica (Crouch, 2003), aumentando le difficoltà di render conto delle politiche in modo trasparente. In diversi casi, nelle politiche di attivazione polacche, come pure nei conflitti fra uffici sociali comunali e istituzioni previdenziali e del lavoro nazionali nei paesi nordici, si può osservare il rischio di identificare con difficoltà l'ente preposto a rispondere ad alcuni bisogni, spesso particolarmente problematici (con cumulazione di svantaggi e lunghi periodi di difficoltà).

Questi nodi critici – che trovano riscontro nella letteratura sull'emergere di forme di governance multilivello (Walker, 2002; Rodríguez-Pose e Bwire, 2003; Jones e al., 2005; Keating, 2006) – sono interrelati e tendono a distribuirsi differentemente nei paesi considerati. Questo dipende da un lato dalle differenze socio-demografiche e socio-economiche presenti nei diversi paesi e dall'altro dai gradi di libertà che i diversi sistemi di welfare garantiscono ai propri enti territoriali e attori nel quadro regolativo complessivo. Di fatto, paesi come l'Italia, che si pongono sulla strada di una forte devoluzione, rischiano – in assenza di adeguati strumenti perequativi – di istituzionalizzare ulteriormente già gravi squilibri sub-nazionali.

La crescente importanza della regolazione sub-nazionale non avviene in un vacuum istituzionale, ma si intreccia con le misure previdenziali regolate a livello nazionale che non hanno smesso di influenzare gli esiti redistributivi. In questo senso, i modelli di governance multilivello possono anche essere crescentemente frammentati, ma fintanto che una quota consistente di risorse viene regolata e redistribuita a livello nazionale, il grado di coerenza tra sistemi di welfare e modelli di governance multilivello è molto più elevato di quanto non ci si aspetti. Il mercato muta più velocemente delle istituzioni redistributive, che presentano resistenza al cambiamento. Questa resistenza, tuttavia, offre agli enti territoriali sub-nazionali la possibilità di divenire attori di innovazione istituzionale. Potremmo affermare che i livelli sub-nazionali di regolazione sono diventati – da questo punto di vista – nuovamente laboratori di costruzione della cittadinanza sociale,

dell'inclusione e della partecipazione (Le Galès, 2002; Kazepov, 2005; Paci, 2007). La vera sfida, in effetti, si gioca nella definizione – sempre più locale, ma con gradi di libertà variabili – di chi è incluso e di chi è escluso. Da questo punto di vista, il panorama europeo mostra un quadro molto differenziato, in cui l'Italia si caratterizza come caso che illustra le potenziali conseguenze negative dei processi di sussidiarizzazione delle politiche sociali: un contesto che presenta un panorama di diritti differenziato a livello territoriale, che sancisce la diseguaglianza dei cittadini (Kazepov, 2008a).

Riferimenti bibliografici

Adelantado J. e Jiménez A., 2003, *Las políticas de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas*, in Gallego R., Gomà R. e Subirats J. (a cura di), *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas. La descentralización de las políticas sociales en España*, Tecnos-Universitat Pompeu Fabra, Madrid.

Arriba A., 1999, *Proceso de implantación de las políticas de rentas mínimas de inserción en España*, Csic, Madrid.

Ashiagbor D., 2005, *The European Employment Strategy: Labour Market Regulation and New Governance*, Oxford University Press, Oxford.

Bache I. e Flinders M. (a cura di), 2004, *Perspectives on Multi-level Governance*, Oxford University Press, Oxford.

Bäck H. e Johansson V., 2006, *Central-Local Government Relations in Sweden since the late 1980s*, paper presentato al «XV Nordic Local Government Research Conference», Syddansk Universitet, Odense, 24-25 novembre, disponibile sul sito http://www.sam.sdu.dk.

Van Berkel R. & Borghi V., 2008, *The governance of activation*, «Social Policy and Society», vol. 7, n. 3.

Brenner N., 2004, *New State Spaces. Urban Governance and the Rescaling of Statehood*, Oxford University Press, Oxford.

Buck N., Gordon I., Harding A. e Turok I. (a cura di), 2005, *Changing Cities: Rethinking Urban Competitiveness, Cohesion and Governance*, Palgrave, Basingstoke.

Crouch C., 2003, *Postdemocrazia*, Laterza, Bari.

Damgaard M., 2002, *Partnership and Governance. Local Multisectoral Collaboration on Active Social Policy in Denmark*, Danish National Institute of Social Research – Working Papers n. 13, disponibile sul sito www.sfi.dk.

Di Gaetano A. e Strom E., 2003, *Comparative Urban Governance. An Integrated Approach*, «Urban Affairs Review», n. 3, pp. 356-95.

Eskelinen L., Boll Hansen E. e Frederiksen M., 2004, *Frit valg. Erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp* (Free choice. Experience with

more providers of help with personal care and housework), AKF Forlaget, Copenhagen, disponibile sul sito www.afk.dk.
Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.
Ferrera M., 2005, *Boundaries of Welfare. European Integration and the New Spatial Politics of Social Solidarity*, Oxford University Press, Oxford.
Fimreite A.L. e Lægreid P., 2008, *Reorganizing the Welfare State Administration: Partnership, Networks and Accountability*, Rokkansenteret Working Papers, n. 6, disponibile sul sito www.rokkansenteret.uib.no.
Imf, 2002, *Supplement to the 2002 Government Finance Statistics Yearbook*, Imf, Washington, disponibile sul sito: http://www.imf.org.
Jessop B., 2002, *The Future of the Capitalist State*, Polity Press, Bristol.
Jessop B., 2008, *State Power. A Strategic-Relational Approach*, Polity Press, Bristol.
Jones M., Goodwin M. e Jones R., 2005, *State Modernization, Devolution and Economic Governance: An Introduction and Guide to Debate*, «Regional Studies», vol. 39, n. 4, pp. 397-403.
Kauppinen S. e Niskanen T., 2005, *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa* (Private Provision of Social and Health Services), Stakes, Helsinki, disponibile sul sito www.stakes.fi.
Kazepov Y. (a cura di), 2005, *Cities of Europe. Changing Contexts, Local Arrangements and the Challenge to Urban Cohesion*, Blackwell, Oxford.
Kazepov Y. e Arlotti M., 2007, *I processi di sussidiarizzazione delle politiche sociali*, in Magnani C. (a cura di), *Beni pubblici e servizi sociali in tempi di sussidiarietà*, Giappichelli, Torino.
Kazepov Y., 2008a, *The Subsidiarisation of Social Policies: Actors, Processes and Impacts*, «European Societies», vol. 10, n. 2, pp. 247-273.
Kazepov Y. (a cura di), 2008b, di prossima pubblicazione, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
Keating M., 2006, *Nationality, Devolution and Policy Development in the United Kingdom*, in Tewdwr-Jones M. e Allmendinger P. (a cura di), *Territory, Identity and Spatial Planning: Spatial Governance in a Fragmented Nation*, Routledge, Londra, pp. 22-34.
Kulesza M., 2002, *Methods and Techniques of Managing Decentralization Reforms in CEE Countries. The Polish Experience*, «Journal of Constitutional Law in Eastern and Central Europe», vol. 9, n. 2, pp. 115-72.
Lægreid P., Opedal S. e Stigen I.M., 2005, *The Norwegian Hospital Reform. Balancing Political Control and Enterprise Autonomy*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», vol. 30, n. 6, pp. 1035-72.
Le Galès P., 2002, *European Cities: Social Conflict and Governance*, Oxford University Press, Oxford.

Marks G., 1992, *Structural Policy and 1992*, in Sbragia A. (a cura di), *The Political Consequences of 1992 for the European Community*, The Brookings Institution, Washington.

McEwan N. e Moreno L. (a cura di), 2004, *The Territorial Politics of Welfare*, Routledge, Londra.

Moreno L., 2006, *España y el bienestar mediterráneo*, Csic, Madrid.

Müller S. e Stremlow J., 2006, *Ein Monitoring für das Sozialwesen in der Schweiz. Theoretische Grundlagen und eine Untersuchung zur Sozialpolitik der Kantone der Zentralschweiz*, Universität Zürich, Lucerna, disponibile sul sito http://www.dissertationen.unizh.ch.

Oecd, 2006, *Fiscal Autonomy of Sub-Central Governments*, disponibile sul sito http //www.oecd.org.

Paci M., 2007, *Nuovi lavori, nuovo Welfare*, Il Mulino, Bologna (2ª. ed.).

Pinson G. e Le Galès P., 2005, *State Restructuring and Decentralization Dynamics in France: Politics is the Driving Force*, Cahiers Européens du Cevipof, n. 7, disponibile sul sito www.portedeurope.org.

Ranci C., 2006, *Welfare locale, decentramento e cittadinanza*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 127-35.

Rodríguez Cabrero G., 2004, *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*, Editorial Fundamentos, Madrid.

Rodríguez-Pose A. e Bwire A., 2003, *The Economic (In)efficiency of Devolution*, Lse, Londra.

Schneider A., 2003, *Decentralization: Conceptualization and Measurement*, «Studies in Comparative International Development», vol. 38, n. 3, pp. 32-56.

Somerville P. e Haines N., 2008, *Prospects for Local Co-Governance*, «Local Government Studies», vol. 34, n. 1, pp. 61-79.

Stegarescu D., 2005, *Public Sector Decentralization: Measurement Concepts and Recent International Trends*, «Fiscal Studies», n. 3, pp. 301-33.

Swyngedouw E., 1997, *Neither Global nor Local: «Glocalization» and the Politics Of Scale*, in Cox K. (a cura di), *Spaces of Globalization*, Guilford, New York, pp. 137-66.

Thieben U., 2003, *Fiscal Decentralization and Economic Growth in High Income OECD Countries*, «Fiscal Studies», n. 3, pp. 237-74.

Thorgaard C. e Vinther H., 2007, *Rescaling Social Welfare Policies in Denmark. National Report*, Social Forsknings Instituttet Social Policies and Welfare Services, working papers, n. 10, disponibile sul sito http://www.sfi.dk.

Trydegård G.B., 2004, *Welfare Services for the Elderly in Sweden at the Beginning of the 21th Century. Still in line with the Nordic Welfare State Model?*, paper presentato alla conferenza «Social Policy as if People Matter – A Cross-National Dialogue», Adelphi University, Garden City, New York, 11-12 novembre, disponibile sul sito http://www.adelphi.edu/peoplematter.

Vandelli L., 2004, *Il sistema delle autonomie locali*, Il Mulino, Bologna.

Vatter A. e Wälti S. (a cura di), 2003, *Schweizer Föderalismus in vergleichender Perspektive*, «Sonderheft der Schweizerischen Zeitschrift für Politikwissenschaft», vol. 9, n. 1.
Walker D., 2002, *In Praise of Centralism: A Critique of the New Localism*, Catalyst, Londra.

Europa e Italia.
I processi di regionalizzazione nei sistemi sanitari

Il welfare sanitario in Europa tra decentramento e ri-accentramento

Franca Maino, Emmanuele Pavolini

L'articolo presenta il quadro relativo agli assetti istituzionali delle politiche sanitarie adottati in vari paesi dell'Europa occidentale. La sanità pubblica è infatti uno dei terreni principali in cui i processi di decentramento sono stati, nel tempo, più marcati e dibattuti.Lo studio mostra come non sia possibile individuare una tendenza e un timing comuni a tutti i paesi occidentali. Il tipo di modello adottato (assicurativo o basato su di un sistema sanitario nazionale), così come l'appartenenza a differenti «famiglie» di welfare (scandinava, anglosassone, continentale o mediterranea), influenzano il percorso compiuto negli ultimi decenni dai vari sistemi sanitari pubblici in termini di decentramento e, in alcuni casi, di riaccentramento.

1. Introduzione

Negli ultimi decenni i processi di decentramento nei sistemi sanitari europei sono stati al centro di un acceso e rilevante dibattito, che ha visto spesso prevalere opinioni positive circa la bontà del decentramento stesso e di relative forme di federalismo. Come sostengono Saltman e colleghi (2007), ciò può essere in buona parte attribuibile all'ipotesi che forme di decentramento e di governo a livello subnazionale possano assicurare il raggiungimento di una molteplicità di obiettivi in sanità, dall'efficienza all'efficacia, all'innovazione e, non ultima, alla maggiore partecipazione democratica dei cittadini alla produzione della salute. In realtà il dibattito appare viziato da una serie di difficoltà non irrilevanti: da un lato, il concetto di decentramento dal livello nazionale a quello regionale-locale appare abbastanza vago e, per certi versi, ambiguo, visto che sotto questo termine possono essere raggruppate scelte abbastanza differenti fra loro; dall'altro, non vi sono risultati scientifici tali che permettano con certezza di affermare la superiorità, in termini di efficienza, efficacia e partecipazione, di sistemi decentrati/regionalizzati rispetto a quelli più centralizzati.
Occorre comunque ricordare come il decentramento in sanità non co-

stituisca una novità degli ultimi anni. Nei sistemi sanitari europei e, in particolare, nei servizi sanitari nazionali è possibile identificare almeno due fasi di decentramento (Rico e León, 2005; Ferrera, 2005). La prima si è svolta prevalentemente negli anni '70-80, con un ruolo di battistrada giocato dai paesi scandinavi, nei quali in alcuni casi i fruitori principali dei processi di decentramento sono stati i livelli di governo intermedio, quali le Contee (Norvegia, Svezia), in altri le Municipalità (Finlandia, Danimarca). Ferrera (2005) ipotizza che questa prima fase di decentramento si sia ispirata a motivazioni di tipo funzionale (il «sovraccarico» di competenze statali a seguito dell'espansione dei programmi di welfare nei «trenta anni gloriosi» del dopoguerra), a processi specifici di carattere politico-istituzionale (in Italia e Spagna le rispettive costituzioni prevedevano l'implementazione, anche per la sanità, di processi di regionalizzazione del sistema) o a richieste di maggiore democrazia e partecipazione dal basso nelle decisioni attinenti il welfare sanitario.

Se quindi la prima fase dei processi di decentramento politico è ispirata a principi funzionali e di partecipazione, la seconda fase, che invece prende l'avvio negli anni novanta, appare molto più ispirata da obiettivi di efficienza economica e di responsabilizzazione finanziaria degli enti pubblici sub-nazionali, spesso anche con finalità, non dichiarate dal livello statale, di *blame avoidance* (Weaver, 1986), e cioè di attribuzione di responsabilità per evitare di essere riconosciuti come responsabili di «tagli» e di razionalizzazioni alla spesa sanitaria[1].

Complessivamente sono individuabili i seguenti obiettivi/ragioni (teoriche) alla base dei processi di decentramento in sanità (Bankauskaite, 2005):

- *contenimento dei costi*, grazie alla riduzione dei livelli di burocrazia e alla maggiore conoscenza, da parte dei decisori locali rispetto a quelli statali/nazionali, dei sistema di offerta e dei bisogni del territorio;
- *efficienza allocativa*, grazie alla maggiore capacità per le amministrazioni decentrate di far coincidere bisogni con risposte dei servizi,

[1] Naturalmente fra obiettivi e loro realizzazione spesso vi è un forte divario. Il caso italiano è paradigmatico di tale situazione: se il passaggio ad un sistema più regionalizzato in sanità doveva avere anche obiettivi di *blame avoidance* in un'ottica di razionalizzazione e di tagli alla spesa sanitaria, i risultati ad oltre un decennio di distanza non sono stati certo incoraggianti sotto tale profilo.

così come di avvicinare, direttamente e indirettamente, i beneficiari degli interventi a coloro che li programmano e li gestiscono;
- *partecipazione* da parte delle comunità locali e dei cittadini alla costruzione del proprio sistema sanitario;
- *integrazione socio-sanitaria*, una delle principali sfide per i paesi occidentali in cui i processi di invecchiamento e di diffusione di malattie croniche sono imponenti, per favorire un rapporto più diretto e allo stesso livello con i servizi sociali, in genere decentrati più della sanità.

Se i processi di decentramento sono avvenuti in buona parte d'Europa e sono stati ispirati dalle ragioni appena riportate (o almeno da alcune di esse), le caratteristiche assunte da tale fenomeno sono in parte differenti. Come già ricordato, al concetto di decentramento in realtà possiamo ricondurre processi abbastanza diversi fra loro. A tal proposito, Saltman e Bankauskaite (2006), in un recente saggio dedicato proprio al fenomeno qui studiato, propongono di distinguere tra decentramento politico (o devoluzione), decentramento fiscale e decentramento amministrativo. Nel primo caso si trasferisce ad organi di governo politico sub-nazionale il potere di decidere e governare la sanità; nel secondo caso si trasferisce il potere di definire le risorse finanziarie e i criteri per incamerare e spendere tali risorse; nel caso del decentramento amministrativo il passaggio di poteri avviene fra apparati burocratici più centralizzati e apparati burocratici periferici. In questo caso il decentramento può assumere forme differenti a seconda che il soggetto beneficiario della delega sia *pubblico* o *privato*.

Rispetto al quadro appena illustrato, il presente lavoro si pone l'obiettivo di illustrare quanto avvenuto nei principali paesi europei. Ben sapendo che le decisioni di decentramento, così come altre attinenti la riforma di sistemi di welfare complessi, come quelli sanitari, sono influenzate e prendono forma a partire dagli assetti istituzionali preesistenti, si è deciso di analizzare paesi appartenenti alle differenti «famiglie» o «regimi» di welfare europeo (Ferrera, 2005): scandinavo, anglosassone, continentale e mediterraneo. È chiaro che una prima distinzione rilevante fra queste «famiglie» è quella che passa fra modelli sanitari basati sul meccanismo assicurativo, tipici dell'Europa continentale, e modelli con sistemi sanitari nazionali (presenti nell'area anglo-scandinava e nell'Europa meridionale), anche se con le dovute differenze interne.

Lo schema di analisi, comune a tutti gli studi di caso, è stato il seguente: una presentazione dell'assetto complessivo del modello di in-

tervento sanitario; il ruolo regionale all'interno di questo assetto (sotto il profilo regolativo, finanziario e gestionale); i mutamenti intervenuti nel corso del tempo all'interno di tale ruolo regionale, cercando di coglierne le ragioni.
I prossimi due paragrafi sono dedicati l'uno ai modelli assicurativi (Germania e Francia) e l'altro ai servizi sanitari nazionali (Gran Bretagna, Spagna e Norvegia), mentre il paragrafo conclusivo cerca di riportare ad un quadro unitario la lettura che si è data delle trasformazioni in atto in tema di regioni e sanità.

2. Processi di decentramento e riforme nei sistemi sanitari assicurativi

2.1 La Francia

Nel modello tradizionalmente centralista della Francia, il ruolo pubblico, sia in termini di finanziamento che di gestione degli interventi, veniva fondamentalmente assicurato dal livello nazionale, che poco delegava o lasciava spazi ai singoli territori. A partire dagli anni novanta il quadro appena delineato assume tratti in parte differenti, a seguito fondamentalmente dei crescenti costi finanziari (e relativi deficit) del sistema sanitario assicurativo, facendone derivare un doppio movimento verso una maggiore centralizzazione della spesa e un maggiore decentramento nella gestione degli interventi (Axelson e al., 2007; Sandier e al., 2004).
A partire dal 1996 un emendamento alla Costituzione permette al Parlamento francese di fissare obiettivi sanitari, indicando anche, in relazione a tali obiettivi, le necessità finanziarie per raggiungerli. Questo passaggio è appunto interpretabile come un parziale processo di ri-centralizzazione pubblica del sistema sanitario, con lo Stato che assume un ruolo più diretto e forte nelle modalità di finanziamento e, soprattutto, di spesa sanitaria.
Ugualmente, a partire dal 1996, il sistema di offerta ospedaliera, in buona parte centrato attorno agli ospedali pubblici, finanziati tramite le casse malattia, ha registrato alcuni mutamenti rilevanti, perlomeno nelle intenzioni: sono state infatti create 22 «Agenzie sanitarie ospedaliere» (Aso), per pianificare e coordinare meglio, a livello appunto regionale, l'offerta degli ospedali pubblici, con obiettivi di monitoraggio e controllo della spesa e delle performance. La normativa degli anni '90 prevede che queste Aso siano responsabili, da un lato, dell'allo-

cazione delle risorse finanziarie ai singoli ospedali e, dall'altro, dell'effettiva capacità degli ospedali e del sistema ospedaliero di raggiungere gli obiettivi di programmazione e di intervento, fissati a livello regionale. A partire dal 1999 tali Aso hanno ricevuto maggiori poteri anche nel controllo degli ospedali privati: tale incremento nei poteri regolativi è coinciso con l'introduzione del sistema dei Drg (Diagnosis-related group – raggruppamenti omogenei di diagnosi) per i pagamenti nella sanità ospedaliera.

Tale processo di regionalizzazione (debole, come vedremo), sta sortendo anche un altro effetto rilevante, favorendo maggiori processi di integrazione socio-sanitaria, visto che le Aso hanno proprio, fra i compiti statutari, anche funzioni di coordinamento e integrazione socio-sanitaria, in un'ottica di continuità assistenziale. Negli stessi anni sono stati istituti anche dei «consigli di amministrazione» delle casse malattia a livello regionale, quali organi di governo per migliorare il coordinamento e il controllo della spesa sanitaria.

Accanto a ragioni di contenimento dei deficit finanziari, il processo di regionalizzazione sembra spinto anche da una seconda ragione (Imai e al., 2000): una distribuzione dei fornitori privati abbastanza disomogenea sul territorio, che, nel tempo, ha favorito alcune aree e danneggiato altre, creando forti disparità nell'accesso ai servizi, sia ospedalieri che territoriali.

Le trasformazioni nel settore dell'offerta di prestazioni sanitarie sono interpretabili, utilizzando la terminologia proposta nell'introduzione, in termini di decentramento amministrativo più che di «devoluzione», visto che hanno comportato fondamentalmente la creazione di nuovi livelli di burocrazia con compiti tecnici, di coordinamento e di supervisione del sistema sanitario delegati dal livello nazionale: è importante ricordare come i direttori delle Aso siano nominati dal Consiglio dei ministri e rispondano direttamente al ministro della Sanità e non ai territori di cui fanno parte. I risultati di tale processo di decentramento amministrativo a livello regionale appaiono però più robusti in teoria e più incerti nella pratica, per due ordini di motivi: uno più specificatamente relativo alla sanità e uno più generale, relativo all'assetto istituzionale generale dello Stato francese.

Da un lato i principali attori, soprattutto privati, ma anche il Ministero della Sanità, continuano in buona parte a rapportarsi e ad esercitare forme di influenza a livello nazionale, più che regionale (Axelson e al., 2007): essendo i direttori delle Aso nominati a livello nazionale, e non locale, è chiaro che eventuali difficoltà fra tali direttori e gli altri attori

a livello locale tendano ad essere riportate a livello centrale. Inoltre, pur avendo le Aso poteri teoricamente simili a quelli di «acquirenti» di prestazioni ospedaliere, in realtà la loro capacità di agire in maniera forte è limitata dalla presenza di attori, quali ad esempio le assicurazioni di malattia, che, ormai strutturate su una storia decennale, riescono più facilmente a far prevalere il proprio peso nelle decisioni a livello locale (Imai e al., 2000).
Dall'altro, come sottolineato in un recente studio dell'Ocse (2007), essendo tradizionalmente la Francia un sistema fortemente centralizzato, i processi di decentramento, che hanno interessato alcuni dei principali settori dell'organizzazione pubblica, sono stati portati avanti in maniera non sempre armonica e hanno risentito di spinte in senso contrario (centralistico): spesso il risultato è stato quello di adottare scelte che, con difficoltà, riescono ad avere un impatto sulla reale redistribuzione dei poteri fra centro e periferia.

2.2 La Germania

Pur condividendo i tratti essenziali del modello sanitario basato sulle assicurazioni obbligatorie, la Germania presenta storicamente una impostazione all'opposto di quella francese per quanto riguarda la delega di responsabilità ai livelli sub-nazionali: il sistema sanitario tedesco è infatti di tipo federale e vede nelle 16 Regioni (*Länder*) gli attori pubblici centrali dei processi di regolazione fra fornitori (ospedali pubblici e privati, erogatori privati di servizi ambulatoriali), e finanziatori (le casse).
Il sistema tedesco, utilizzando la tipologia impiegata nell'introduzione, appare un sistema in cui tradizionalmente si è verificato, sin dal dopoguerra, un processo di forte «devoluzione», anche se, come fa notare uno studio dell'Eohcs (2000), in realtà la situazione risulta leggermente più complessa: a prima vista, visto il rilevante potere del livello *meso* in sanità, il modello tedesco appare uno in cui lo Stato federale ha devoluto in maniera forte responsabilità di governance al livello subnazionale; tenendo però presente che, formalmente, sono stati i *Länder* a costituire la Repubblica federale, sotto certi punti di vista si potrebbe quasi affermare che sono stati questi a trasferire alcune responsabilità in campo sanitario allo Stato centrale e non il contrario.
Il dato comunque di fondo è che il sistema sanitario tedesco appare centrato attorno al livello regionale: l'intero modello si fonda su forme di co-decisione fra Stato federale e Regioni, con una ulteriore delega

di potere alle «casse malattia», all'interno di un modello fortemente neo-corporativista.

Il governo federale si occupa di assicurare un livello di intervento su tutto il territorio che risulti equo e sufficientemente integrato e ampio, fissando le norme per la fornitura di servizi e il relativo finanziamento (anche in termini di diritti e doveri degli assicurati, funzionamento degli schemi assicurativi, ecc.). Tali compiti vengono assolti anche tramite un modello di concertazione di tipo neo-corporativo con le parti sociali, le associazioni di rappresentanza delle casse malattia e i rappresentanti dei vari tipi di fornitori di prestazioni sanitarie (associazioni mediche, di ospedali pubblici e privati, ecc.).

Il livello regionale è responsabile invece del mantenimento della infrastruttura ospedaliera, tramite la predisposizione e il finanziamento di «Piani ospedalieri»: tali finanziamenti sono concessi indipendentemente dalla proprietà, pubblica o privata, delle strutture di cura, sulla base delle priorità che ogni *Land* si è dato nel proprio «Piano». In questa ottica non va dimenticato come le Regioni, in quanto tali, siano raramente proprietarie di ospedali pubblici, mentre questi ultimi appartengono più spesso ai Comuni (Busse e Riesberg, 2004). Inoltre le Regioni sono responsabili formalmente delle attività di prevenzione e di salute pubblica, attività che, in molte realtà, sono state poi delegate a livello di governo sub-regionale. Infine i *Länder* hanno compiti di tipo formativo/professionale rispetto ad una serie di profili di lavoratori sanitari.

Fra tutti i paesi qui analizzati, la Germania è l'unico in cui, a fronte di profondi mutamenti introdotti nell'assetto istituzionale, finanziario e gestionale del sistema sanitario, non si sono avuti praticamente mutamenti nei rapporti e nella divisione dei ruoli fra centro (federale) e periferia (regionale). Dal 1988 in poi, a seguito dei crescenti problemi finanziari e di spesa che iniziavano ad assillare il modello sanitario tedesco, si sono infatti succedute molteplici riforme che hanno toccato il funzionamento delle casse malattia, i rapporti con i fornitori (anche quelli ambulatoriali), il livello e il modello di concorrenza, i criteri di finanziamento e di rimborso, e così via, ma praticamente non è stato mai messo in discussione il modello federale e il ruolo delle Regioni, se non in minima parte: la sola riforma delle strutture ospedaliere del 1993 aveva infatti previsto che la responsabilità regionale per gli investimenti, come in precedenza, rimanesse in capo ai *Länder* per gli interventi più rilevanti (costruzioni delle strutture e investimenti in tecnologia medica), mentre era stato introdotto un co-finanziamento da

parte delle casse malattia per le spese di manutenzione e riparazione ordinaria.
Non deve sorprendere il fatto che, rispetto agli altri paesi considerati in questo lavoro, la Germania non abbia mutato il modello di rapporti in sanità fra centro e periferia. Le ragioni sono fondamentalmente due: il modello tedesco è quello più decentrato (devoluto) in maniera forte fra quelli studiati; l'assetto istituzionale in sanità è in realtà specchio di modelli di relazioni più generali all'interno dello Stato tedesco e pertanto sarebbe difficile prevedere un mutamento di tali assetti in sanità (tramite forme differenti di decentramento o, all'opposto, di recupero di compiti del livello federale) senza andare ad intaccare l'architettura istituzionale generale della Repubblica federale.

3. Processi di decentramento e riforme nei sistemi sanitari nazionali

3.1 La Gran Bretagna

Nel corso di questi ultimi due decenni il *National health service* (Nhs) è stato oggetto di numerose e incisive riforme che tuttavia non hanno mai messo in discussione i capisaldi del modello sanitario universalistico e solo in piccola parte modificato il sistema di responsabilità tra livello centrale e periferia. Sicuramente la Gran Bretagna solo in piccola parte e solo dalla fine degli anni novanta ha imboccato la strada del decentramento politico (senza del resto coniugarlo con forme di decentramento fiscale). Seguendo invece la prospettiva funzionale proposta da Saltman e Bankauskaite (2006) possiamo interpretare molti aspetti delle riforme sanitarie inglesi in termini di decentramento amministrativo.
La stagione delle riforme prende avvio con il *Nhs and Community Care Act* del 1990, approvato dall'allora Governo Thatcher, che introduce il cosiddetto «mercato interno», ovvero la separazione delle responsabilità di acquisto da quelle di produzione ed erogazione dei servizi. Queste funzioni in precedenza erano svolte dalle *District health authorities* (Dha) che fungevano da offerenti monopolistici dei servizi sanitari. Con la riforma le Dha vennero trasformate in sponsor e acquirenti dei servizi per conto della popolazione residente nel loro territorio. Ai produttori operanti sia nel settore pubblico che in quello privato spettava, invece, l'erogazione dei servizi che poi potevano essere acquistati selettivamente dai manager delle *Health authorities* in base al

criterio del «*better value for money*», vale a dire in base al miglior rapporto costi-efficacia. Le relazioni tra acquirenti e produttori erano di tipo contrattuale e le dinamiche di tipo mercantile e competitivo (Maino, 2001). Il finanziamento rimaneva fiscale, ma cambiavano i criteri in base ai quali doveva avvenire la distribuzione sul territorio: non più con riferimento ai livelli di offerta ma su base capitaria. La riforma prevedeva cambiamenti anche a livello di medicina di base. In particolare vennero introdotti dei bilanci (*practice budgets*) per gli studi di medicina generale (*Gp fundholders*) che operando con più di 9.000 pazienti erano disposti a produrre o ad acquistare direttamente per i propri assistiti un insieme definito di servizi (ambulatoriali, diagnostici, e ospedalieri).

Molti osservatori hanno ritenuto che il mercato interno introdotto con la riforma del 1990 non abbia raggiunto gli obiettivi di controllo e riduzione della spesa a cui mirava (cfr. Saltman e von Otter, 1995). Certo è che il governo laburista di Blair ha messo a punto un programma di riforma, in attuazione dall'aprile 1999, che prevedeva lo smantellamento del sistema di mercato interno per evitare ogni rischio di privatizzazione e l'abolizione del *fundholding* al fine di valorizzare il ruolo dei medici di famiglia e dell'assistenza sanitaria di base[2].

Si trattava, in primo luogo, di riorganizzare i *Trusts*, ovvero le aziende pubbliche che erogano i servizi ospedalieri e territoriali. Il direttore generale viene affiancato da un consiglio di amministrazione, in cui sono presenti anche rappresentanti delle autorità locali, e da un consiglio dei sanitari, responsabile della gestione clinica dell'organizzazione. Compito delle aziende non è più solo quello di far quadrare i conti bensì quello di assicurare la qualità dei servizi. Rimane in vigore la distinzione tra *Health authorities* e *Trusts*, tra livello della programmazione e livello della produzione di servizi, ma il concetto di mercato interno è sostituito da quello di integrazione-concertazione e lo strumento del contratto, tipico del rapporto tra acquirenti e produttori, è sostituito da quello di accordo di programma. In secondo luogo la riforma sancisce lo smantellamento del sistema del *fundholding*. L'assistenza sanitaria di base passa quindi ad essere gestita dai *Primary care groups* (Pcg), di cui devono fare parte tutti i medici di famiglia e tutto il personale operante nel settore delle cure primarie. Anche i *Primary care groups* posso-

[2] Queste proposte di riforma, apparse per la prima volta nel 1995 come manifesto programmatico del partito, sono diventate nel 1997 un Libro bianco dal titolo *The New Nhs. Modern, Dependable.*

no diventare soggetti autonomi nell'amministrazione del bilancio e nel processo di committenza delle *Health authorities* e diventare aziende produttrici di servizi di base (*Primary care trusts*). I *Primary care groups* ricevono dalle autorità sanitarie un finanziamento (budget unico) con il quale erogare le prestazioni di assistenza primaria e commissionare i servizi alle aziende ospedaliere e territoriali. Questi cambiamenti dovevano portare, nell'intenzione del governo laburista, ad un assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario notevolmente semplificato rispetto a quello scaturito dalla riforma Thatcher, sostituendo la contrattazione con la concertazione tra *Health authorities*, *Primary care groups*, *Trusts* e *Local authorities*.

Ma che legame c'è tra queste riforme e il decentramento? La Riforma Thatcher era stata presentata all'opinione pubblica come lo strumento per decentrare il processo decisionale al livello più basso possibile e rafforzare il potere di scelta dei cittadini. In realtà tale riforma ha contribuito ad accentrare ulteriormente il sistema sanitario piuttosto che decentrarne le competenze ai livelli inferiori (Paton, 1993; Giaimo e Manow, 1997). Infatti, tutte le funzioni di programmazione e indirizzo vengono affidate al Ministero della Sanità e in nessun modo essa ha comportato un rafforzamento del processo democratico ai livelli inferiori di governo. Obiettivo dei Governi Thatcher e successivamente Major era quello di trasferire le logiche mercantili dentro il settore pubblico e quindi di attuare un decentramento di tipo amministrativo ridefinendo il quadro degli attori del Nhs, senza tuttavia accrescere i poteri decisionali della periferia.

Per quanto riguarda le riforme volute da Blair, esse prevedevano un maggiore coinvolgimento a livello di programmazione delle autorità locali, i cui rappresentanti sono chiamati a far parte degli organi di gestione delle nuove strutture sanitarie. Se a questo si unisce la grande autonomia e responsabilità attribuita ai *Primary care groups* e *Trusts*, l'assenza di qualsiasi forma di intervento centrale sul razionamento e sull'impiego delle risorse, e la definizione delle priorità da parte delle strutture gestionali periferiche, si può ipotizzare, al contrario dell'accentramento amministrativo perseguito dalla riforma del 1990, un rafforzamento dei livelli inferiori di governo, in questo caso più quello municipale che non quello *meso*.

Infine va anche menzionato il fatto che il processo di devolution iniziato nel 1997 da Blair ha portato all'attribuzione (anche se in forma asimmetrica) di maggiore autonomia ai territori della Scozia, del Galles e dell'Irlanda del Nord. Questo ha avuto anche delle implicazioni

per il settore sanitario e soprattutto nel caso della Scozia che ha così ottenuto poteri legislativi in campo sanitario e qualche margine di discrezionalità sul versante fiscale. Lo *Scotland Act* del 1998 ha, infatti, attribuito al Parlamento scozzese il potere d'incidere sull'ammontare dell'esazione fiscale, in aumento o in diminuzione, nel limite del 3% del prelevamento totale operato sui contribuenti scozzesi.

3.2 La Spagna

La Spagna si è tradizionalmente caratterizzata per un elevato grado di decentramento che è stato e continua ad essere un fattore decisivo nella formulazione e implementazione delle politiche pubbliche e in particolare della politica sanitaria.

Per quanto riguarda il rapporto tra sanità e decentramento, fino alla seconda metà degli anni '90 in Spagna sette Comunità autonome (pari al 62% della popolazione totale) erano responsabili della programmazione, dell'organizzazione e della gestione dei loro sistemi sanitari, mentre le rimanenti dieci erano responsabili della programmazione ma i loro servizi sanitari erano gestiti direttamente dall'Istituto nazionale di sanità (*Insalud*) e dipendevano dal trasferimento di risorse dal centro. Questo significa che in Spagna vi era una grande differenza tra quelle Comunità che avevano il potere e gli strumenti per procedere alla costituzione di sistemi sanitari regionali e le rimanenti che invece erano tenute a recepire le regole stabilite a livello centrale. Dall'inizio degli anni ottanta, infatti, il governo centrale era andato progressivamente trasferendo alle Comunità autonome la responsabilità della spesa sanitaria e del reperimento di risorse finanziarie[3] (Cabiedes e Guillen, 1997). Così facendo aveva favorito la differenziazione territoriale sia a livello organizzativo sia a livello dei trattamenti sanitari, contribuendo a rendere più complesse le relazioni tra Stato e Regioni e tra Comunità autonome stesse.

Ad esempio, per quanto riguarda il sistema di finanziamento vi erano (e tuttora permangono) differenze rilevanti anche tra le sette regioni che godevano di totale autonomia in materia sanitaria. I Paesi Baschi e la Navarra, a differenza delle altre cinque Comunità autonome, appli-

[3] Questo processo è iniziato nel 1981 con il trasferimento delle competenze in ambito sanitario alla Catalogna. È proseguito con il trasferimento delle medesime competenze rispettivamente all'Andalusia (1984), ai Paesi Baschi e alla Valencia (1987), alla Galizia e alla Navarra (1990), alle Isole Canarie (1994).

cano un regime particolare (regime *foral*) secondo il quale esse non dipendono dai trasferimenti centrali ma possono riscuotere direttamente le imposte principali con cui finanziare l'assistenza sanitaria e sono tenute a restituire al governo la somma corrispondente ai servizi statali forniti sul loro territorio (Cabiedes e Guillen, 1997). Tutte le altre Regioni godono di un «regime comune» di ripartizione delle risorse ma differiscono per il grado di autonomia, senza contare che spesso i criteri di finanziamento applicati risultano differenti da quanto stabilito dalla normativa. Nel 1996, dodici delle quindici Comunità autonome con regime comune hanno stipulato un accordo con il governo centrale (guidato dal *Partido popular*) in base al quale il 30% delle imposte sul reddito deve essere riscosso direttamente dalle Comunità, che possono fissare aliquote contributive differenti da quelle fissate dal livello centrale. Alcune Comunità, in particolare quelle governate dal partito Socialista, ritenendosi penalizzate da questo accordo, hanno presentato ricorso alla Corte costituzionale sostenendo che in esso vengono messi in discussione i principi della Costituzione. Le Regioni su cui grava maggiormente il peso del finanziamento sanitario hanno ingaggiato uno scontro con il governo centrale e hanno fatto ricorso alla Corte costituzionale per evitare che i costi sanitari derivanti da decisioni prese a livello centrale ricadano esclusivamente sul livello di governo regionale. La conseguenza è stata che nel 2002 è stata approvata una legge che attribuisce piena autonomia anche alle restanti dieci Comunità autonome sancendo così la piena autonomia del livello sub-nazionale nella gestione della politica sanitaria spagnola (cfr. Mosca, 2006).

Il decentramento politico e fiscale ha prodotto conseguenze significative sull'evoluzione della politica sanitaria spagnola. Innanzitutto il processo di devoluzione dei poteri legislativi, gestionali e finanziari ha fortemente arricchito la capacità di innovazione delle singole Comunità autonome. Regioni come i Paesi Baschi, la Navarra e la Catalogna si sono messe in luce per la loro azione anticipatrice rispetto al governo centrale. In particolare la Comunità catalana è presto diventata la Regione leader nel processo di aziendalizzazione della sanità. La Catalogna ha approvato nel 1994 delle misure che miravano alla razionalizzazione della spesa sanitaria e introducevano meccanismi di concorrenza amministrata, ponendosi all'avanguardia non solo rispetto alle altre Comunità ma anche rispetto al modello sanitario nazionale spagnolo (cfr. Maino, 2001).

3.3 La Norvegia

La Norvegia si caratterizza, sin dagli anni settanta, per un sistema sanitario altamente decentrato, sebbene – a differenza degli altri paesi scandinavi – le funzioni di finanziamento e di erogazione delle prestazioni vengano sempre mantenute separate e in particolare il centro detenga il potere di decidere in merito alle risorse e ai criteri di trasferimento alle contee. Nel 2002, tuttavia, questo paese (nuovamente in controtendenza rispetto ai paesi scandinavi ma anche al resto dei paesi europei) approva una riforma del proprio servizio sanitario che trasferisce al governo centrale il potere decisionale in materia di organizzazione e gestione degli ospedali.

Infatti la riforma del 2002 toglie la proprietà degli ospedali alle contee e la trasferisce allo Stato e sostituisce le 19 Contee con 5 ampie Regioni sanitarie guidate da Comitati nominati dal Ministero della Salute. Il compito di queste strutture sanitarie è quello di coordinare la politica sanitaria sul territorio e acquistare servizi per conto dei cittadini. Contemporaneamente, agli ospedali viene attribuita una maggiore autonomia e la responsabilità di gestione delle strutture ospedaliere con un approccio ispirato ai principi della concorrenza amministrata.

L'autorità centrale ha quindi il compito di allocare il budget, definire gli standard sanitari, monitorare e valutare i risultati ottenuti dalle strutture sanitarie sul territorio. Le autorità sanitarie regionali sono invece responsabili per la programmazione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni nella loro area di competenza. La nuova distribuzione di compiti e responsabilità tra i due livelli di governo ha sollevato tuttavia nuove tensioni tra centro e periferia. In particolare il livello *meso* – dopo più di un trentennio di autonomia decisionale e organizzativa – considera le decisioni e gli interventi del centro alla stregua di veri è propri «atti di intrusione» (Mosca, 2006).

Quali fattori spiegano il processo di riaccentramento della sanità norvegese? Come ha sottolineato Møller Pedersen (2002) un ampio e acceso dibattito sulla proprietà degli ospedali (se dovesse spettare al centro o alle Contee) era in atto sin dagli anni ottanta. Questo dibattito faceva leva sul fatto che gli ospedali non fossero in grado di gestire in maniera efficace l'offerta di servizi producendo lunghe liste di attesa, tassi di produttività decrescente, disservizi per i cittadini. In aggiunta la gestione degli ospedali da parte delle Contee aveva prodotto livelli elevati di differenziazione nell'offerta di prestazioni e servizi mettendo in discussione il principio dell'equità territoriale. Il riaccen-

tramento è quindi interpretabile come la risposta a questi problemi nel tentativo, attraverso il controllo decisionale unito a quello finanziario da parte del centro e attraverso la creazione delle 5 strutture sanitarie regionali, di produrre economie di scala dal punto di vista delle gestione economica del sistema sanitario e ridurre la conflittualità tra Stato e Contee. In realtà su quest'ultimo fronte la riforma sembra per ora avere più che altro spostato le tensioni dalle Contee alle nuove strutture sanitarie regionali. Oggetto del contendere è la definizione dell'esatta distribuzione di responsabilità tra Stati e «Regioni sanitarie». Le autorità regionali accusano il centro di interferire in decisioni importanti quali ad esempio la chiusura o la riconversione di unità o dipartimenti ospedalieri. Il centro, a sua volta, accusa le Regioni di attribuire la responsabilità relativa alla qualità dei servizi alle restrizioni finanziarie decise dal governo centrale.

Ciò che è interessante nel caso norvegese è il fatto che il riaccentramento è stato di natura politica e ha contribuito a saldare nelle mani del governo centrale il potere decisionale e il controllo del sistema di finanziamento della sanità, scardinando quindi un sistema sanitario fortemente decentrato che faceva perno sul ruolo delle Contee. Contemporaneamente però si è assistito ad un processo di decentramento amministrativo che ha portato alla costituzione delle autorità sanitarie regionali con il compito di programmare e gestire la politica della salute sul territorio. Questo secondo processo ha anche coinciso con l'introduzione di strumenti di concorrenza amministrata prima meno presenti nel sistema sanitario norvegese.

4. Considerazioni conclusive

Sono ormai due decenni che il tema del rinnovamento dei sistemi sanitari è al centro del dibattito politico e scientifico nelle principali democrazie occidentali. La ricerca di soluzioni che permettano di coniugare finalità diverse come efficacia, efficienza, qualità delle prestazioni, contenimento dei costi, equità, libertà di scelta hanno spinto molti paesi a ridefinire le funzioni dei diversi livelli di governo, trasferendo compiti e responsabilità tradizionalmente detenuti dal governo centrale ai livelli inferiori di governo. Negli ultimi anni, tuttavia, sembrano emergere anche segnali di riaccentramento, ovvero di rafforzamento dei governi centrali con i governi sub-nazionali. L'esperienza dei paesi considerati in questo articolo ci permette di proporre alcune

considerazioni sui differenti percorsi intrapresi in questo processo di decentramento/riaccentramento dei sistemi sanitari.

I modelli sanitari basati su assicurazioni sociali hanno fatto registrare nel corso degli ultimi decenni una minore variazione nei loro assetti istituzionali e gestionali, in riferimento specificatamente al livello di decentramento del sistema e di regionalizzazione. Pur avendo discusso e affrontato in buona parte gli stessi dilemmi e le stesse difficoltà dei sistemi sanitari nazionali, in termini di efficienza, efficacia e partecipazione, in Germania e Francia il tema del decentramento, quale strategia specifica per incidere sul più generale funzionamento del sistema sanitario, è risultato meno centrale nei dibatti e nelle scelte di policy.

Le ragioni per questa differenza rispetto ai sistemi sanitari nazionali sono molteplici e, innanzitutto sono riferibili alla struttura istituzionale stessa dei sistemi assicurativi, in cui un ruolo gestionale e di finanziamento rilevante è in mano a soggetti privati, quali le «casse/assicurazioni di malattia».

Nei vari sistemi sanitari assicurativi alcuni tratti sono comuni: esiste una divisione netta dei compiti fra finanziamento del sistema e gestione degli interventi. Il finanziatore principale del sistema è l'insieme delle assicurazioni malattia, basate su principi bismarkiani: organismi autonomi, co-gestiti da sindacati e associazioni imprenditoriali, finanziati tramite contribuiti. L'assicurazione è organizzata attorno a differenti schemi di copertura, legati alla posizione occupazionale. Sotto il profilo della gestione il sistema vede la compresenza, nel settore ospedaliero, di una molteplicità di fornitori, sia pubblici che privati, mentre il settore ambulatoriale è praticamente tutto privato. Il ruolo del settore pubblico si è tradizionalmente esercitato da un lato, per quanto riguarda il finanziamento, nelle funzioni di supporto, di controllo e di supervisione del sistema assicurativo; dall'altro, per ciò che concerne l'erogazione degli interventi, nel coordinamento e nella gestione degli ospedali pubblici, così come di altri servizi relativi alla salute pubblica, allo sviluppo tecnologico e alla regolazione del settore farmaceutico.

Dato questo quadro generale degli assetti istituzionali, i due principali paesi europei (Francia e Germania) caratterizzati da un tale modello assicurativo si differenziano però per vari aspetti, uno dei quali è proprio il ruolo dei governi regionali e il sistema di rapporti centro-periferia. Come abbiamo visto nel secondo paragrafo il sistema federale tedesco di fatto definisce i ruoli e le funzioni dello Stato e dei

Länder nella gestione delle politiche pubbliche e quindi anche della sanità. Tale assetto non è stato né messo in discussione né modificato e le riforme hanno riguardato altri ambiti del sistema sanitario. La Francia, invece, ha intrapreso un processo di regionalizzazione del proprio sistema sanitario che tuttavia è apparso da subito alquanto modesto e ancora una volta pilotato dal centro, ovvero privo di un reale coinvolgimento degli attori istituzionali periferici.

I sistemi sanitari nazionali sono sistemi pubblici, finanziati principalmente dalla fiscalità generale, che garantiscono a tutti i cittadini un'ampia gamma di prestazioni sanitarie gratuite o semi-gratuite. Nella versione più pura di questo modello, la maggior parte delle prestazioni e dei servizi sono erogati direttamente da strutture di proprietà del Servizio sanitario e da personale da esso dipendente.

I sistemi sanitari nazionali si sono caratterizzati, rispetto ai sistemi di tipo assicurativo, per maggiori e più incisivi interventi sul fronte della ridefinizione dei rapporti tra centro e periferia e all'interno di questo modello è possibile individuare mix diversi di decentramento politico, amministrativo e fiscale. Da un lato il Regno Unito ha continuato a caratterizzarsi per un marcato accentramento fiscale e politico del proprio sistema sanitario. Solo con il Governo Blair si sono sperimentate forme di devolution mentre in termini di decentramento amministrativo questo paese ha inaugurato soluzioni innovative che successivamente sono state adottate in altri contesti. Dall'altro lato la Spagna, sin dalla metà degli anni ottanta, ha imboccato un percorso di forte decentramento sia politico che amministrativo. Nell'ultimo decennio, poi, ha continuato a rafforzare il ruolo delle Comunità autonome, anche attraverso il ricorso a misure di decentramento fiscale. Infine è particolarmente interessante, nel panorama dei paesi scandinavi, il caso della Norvegia che prima tra i paesi europei ha intrapreso un percorso di riaccentramento politico trasferendo dalle contee al governo centrale competenze importanti riguardanti la gestione del settore ospedaliero.

L'esperienza di questi paesi (per quanto nel caso tedesco solo in piccola parte) mette in luce che – al di là delle diverse soluzioni adottate in termini di decentramento e al di là dei diversi mix possibili di decentramento politico, fiscale e amministrativo che possono scaturire e che sono periodicamente oggetto di revisione – in tempi di risorse scarse e di crescita della domanda di cura e assistenza (nonché di attenzione all'aspetto della qualità) il tema dei rapporti tra livelli decisionali è sempre più importante e la sua salienza è destinata a rimanere alta. Quanto sta avvenendo in paesi come la Norvegia e la Spagna (ma

considerazioni simili potrebbero essere fatte anche per gli altri paesi scandinavi o per l'Italia) mostrano che esistono molte tensioni tra governo centrale e governi regionali e che vi è un reciproco tentativo di attribuire la responsabilità per il finanziamento e la gestione della politica sanitaria. Insomma, il tema della definizione dei confini del welfare rimane al centro dell'agenda politica e la strategia decentramento/accentramento continua ad essere considerata una strada praticabile per tenere sotto controllo i costi e allo stesso tempo intervenire sull'efficienza del sistema.

Riferimenti bibliografici

Axelson R., Marchildon G. e Repullo-Labrador J., 2007, *Effects of Decentralization on Managerial Dimensions of Health Systems*, in Saltman R. e al. (a cura di), *Decentralization in Health Care*, European observatory on health systems and policies, Londra, pp. 141-166.

Bankauskaite V., 2005, *Health care needs and tools in health care decentralization in Europe*, paper presentato ESPAnet Conference, Fribourg (CH), 22-24 settembre.

Busse R. e Riesberg A., 2004, *Health Care Systems in Transition: Germany*, World health organization regional office for Europe on behalf of the European observatory on health systems and policies, Copenhagen.

Cabiedes L. e Guillen A., 1997, *L'impatto del decentramento dell'assistenza sanitaria in Spagna: meccanismi finanziari e innovazione organizzativa*, «L'Assistenza Sociale», n. 1-2, pp. 45-60.

Eohcs - European observatory on health care systems, 2000, *Health Care Systems in Transition: Germany*, European Observatory on Health Systems and Policies, Londra.

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Giaimo S. e Manow P., 1997, *Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reform in Britain and Germany*, in Altenstetter C. e Björkman J.W. (a cura di), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, Macmillan, Londra, pp. 175-202.

Imai Y., Jacobzone S. e Lenain P., 2000, *The Changing Health System in France*, Oecd, Parigi.

Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.

Møller Pedersen K., 2002, *Reforming Decentralized Integrated Health Care Systems: Theory and the Case of the Norwegian Reform*, University of Oslo, Hero Working Paper n. 7.

Mosca I., 2006, *Is Decentralization the Real Solution? A Three Country Study*, «Health Policy», vol. 77, pp. 113-120.

Ocse, 2007, *Economic Survey of France, 2007*, Ocse, Parigi.
Paton C., 1993, *Devolution and Centralism in the National Health Service*, «Social Policy and Administration», vol. 27, n. 2, pp. 83-108.
Rico A. e Leon S., 2005, *Health Care Devolution in Europe. Trends and Prospects*, Horn Working Paper n. 1, Horn, Oslo.
Sandier S., Paris V. e Polton D., 2004, *Health Care Systems in Transition: France*, Who Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
Saltman R. e Bankauskaite V., 2006, *Conceptualizing Decentralization in European Health Systems: A Functional Perspective*, «Health Economics, Policy and Law», n. 1, pp. 127-147.
Saltman R., Bankauskaite V. e Vrangbaek (a cura di), 2007, *Decentralization in Health Care*, European Observatory on Health Systems and Policies, Londra.
Saltman R.B. e von Otter C. (a cura di), 1995, *Implementing Planned Markets in Health Care*, Open University Press, Philadelphia.
Vrangboek V., 2007, *Health Care Needs and Tools in Health Care Decentralization in Europe*, paper presentato alla Conferenza Espanet, 22-24 settembre, Friburgo (Ch).
Weaver K., 1986, *The Politics of Solidarity and the Changing Boundaries of the Welfare State*, in «European Political Science», vol. 5, n. 3, pp. 77-394.

Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario

Stefano Neri

Negli anni novanta il decentramento del Ssn ha dato il via a processi di differenziazione istituzionale tra le Regioni, dai quali sono emersi tre modelli di governance del sistema sanitario. Negli ultimi anni, però, è in corso una parziale convergenza della maggior parte delle Regioni su soluzioni regolative basate sui principi di cooperazione e di integrazione tra le organizzazioni sanitarie, perseguite mediante strumenti negoziali o facendo affidamento sulla programmazione centralizzata. Questa tendenza rappresenta probabilmente una risposta al problema comune del controllo della spesa e del risanamento finanziario che, nei casi più critici, rischia di condizionare pesantemente l'autonomia regionale innescando processi di ricentralizzazione del Ssn.

1. Introduzione

La sanità è uno dei primi settori di policy in cui le principali competenze sono state affidate alle Regioni, in un processo avviato fin dai primi anni settanta, anche se la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) si è venuta definendo progressivamente nell'ultimo quindicennio. Si tratta dell'impegno più rilevante per l'ente di governo di livello intermedio, almeno dal punto di vista finanziario, considerando che ad esso sono destinate oltre l'80% delle risorse stanziate nei bilanci regionali.

I servizi sanitari devono garantire un diritto fondamentale quale quello alla salute e possono costituire un argomento particolarmente sensibile per i cittadini. Essi forniscono inoltre alla classe politica l'opportunità di gestire risorse pubbliche molto cospicue, che possono essere utilizzate a fini di costruzione del consenso e del potere, anche in forme clientelari (Ferrera, 1996). Basti pensare che nel 2007 la spesa sanitaria corrente delle Regioni è risultata di oltre 102 milioni di euro (Corte dei Conti, 2008), mentre nel 2006 il personale dipendente del Ssn ammontava a 652.587 unità (Ministero della Salute, 2008).

La sanità, infine, è un terreno ricco di scelte ideali e di valore. Senza

arrivare alle decisioni che toccano le concezioni della vita, della malattia e della morte, le politiche sanitarie consentono ai policy-maker e alle forze politiche di affermare i propri principi in merito al ruolo dello Stato e dell'individuo, del settore pubblico e di quello privato, dei criteri di mercato e della pianificazione nell'economia e nella società.

Si può quindi comprendere come la regionalizzazione del sistema sanitario abbia rappresentato un'opportunità, per gli amministratori regionali, di qualificare il proprio indirizzo di governo di fronte ai cittadini, rafforzando al contempo la legittimità istituzionale del proprio ente di governo. Tale opportunità è divenuta concreta soprattutto a partire dalla metà degli anni novanta, dopo che i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 hanno chiamato le Regioni a definire il proprio assetto istituzionale, nell'ambito di una cornice di regole nazionali volte ad introdurre nel Ssn meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e, all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipici delle imprese private secondo i principi del *new public management*.

La regionalizzazione quindi, in Italia come altrove (Maino, 2001) si è intrecciata con i processi di aziendalizzazione del Ssn e con l'adozione della cosiddetta «concorrenza amministrata» (Enthoven, 1985), poi evoluta verso forme di «cooperazione amministrata» (Light, 1997; Vicarelli, 2002).

Sono così emerse alcune tendenze o veri e propri modelli di governance dei Ssr, mediante processi di differenziazione organizzativa e nella regolazione che appaiono lontani dall'essere conclusi. Tuttavia, come vedremo, ai fenomeni di divergenza si sono affiancate negli ultimi anni tendenze alla convergenza su specifiche soluzioni istituzionali, che travalicano il colore politico dei governi regionali.

2. Il decentramento nel Servizio sanitario nazionale

Il decentramento politico, inteso come il trasferimento di autorità da un ente territoriale di governo di livello superiore a quelli di livello inferiore dotati di un vertice politico scelto su base elettiva (Rondinelli, 1981), è un indirizzo di politica sanitaria tipico degli anni novanta, soprattutto nei paesi dotati di servizio sanitario nazionale, come Italia, Grecia, Spagna, Norvegia e Svezia. Nello stesso senso vanno intesi anche i fenomeni di *devolution* intervenuti nel Regno Unito, che hanno interessato Scozia, Galles e Irlanda del Nord (cfr. Saltman e al., 2006).

Il decentramento si è tradotto principalmente in un trasferimento di poteri e responsabilità agli enti di governo di livello intermedio, come le Regioni in Italia, le Contee in Svezia o le Comunità autonome in Spagna. Si ritiene infatti che queste siano in grado non solo di conoscere i bisogni e la domanda di prestazioni sanitarie meglio del governo centrale, ma allo stesso tempo siano più adatte, rispetto agli enti locali, a programmare in modo razionale l'offerta di servizi presente sul territorio, conseguendo economie di scala e mettendo in campo strategie di cooperazione tra le organizzazioni operanti nei diversi ambiti assistenziali.

In quest'ottica la regionalizzazione del Ssn si configura contemporaneamente come un processo di decentramento dallo Stato alle Regioni, ma anche di accentramento dai Comuni all'ente di governo intermedio. Con le riforme del 1992-93, infatti, gli enti locali sono stati privati dei poteri di gestione di cui godevano dal 1978 (a partire dalla nomina dei membri dei Comitati di gestione delle Usl) e, in larga misura, delle possibilità di intervento in campo sanitario.

Ai nostri fini, il concetto di decentramento politico può essere declinato distinguendo tra trasferimento di poteri, attribuzione delle relative responsabilità e assegnazione di un grado significativo di autonomia finanziaria e impositiva (Mills, 1990). Nel caso italiano si è verificato innanzitutto un trasferimento di poteri, molto rilevanti, sull'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, da esercitarsi nel rispetto dei principi delle leggi statali. Questo esito, delineatosi negli anni novanta, è stato confermato e rafforzato dalla riforma del titolo V della Costituzione introdotta con la legge costituzionale 3/2001.

Il processo di responsabilizzazione delle Regioni si è concentrato soprattutto sul governo della spesa, una questione cruciale anche in riferimento agli impegni assunti dall'Italia con l'adesione all'Unione monetaria europea. A questo riguardo i passi più significativi sono stati compiuti a partire dal 2000, mediante lo strumento degli Accordi Stato-Regioni. Tra questi, possiamo ricordare quelli del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001, specificatamente dedicati al controllo della spesa sanitaria, l'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 e il «Patto per la salute» siglato il 26 settembre 2006, poi recepito nella legge 296/06 (la Finanziaria 2007).

Gli Accordi e la Conferenza Stato-Regioni hanno assunto un ruolo centrale nell'ambito delle forme assunte dopo il 2000 dalla governance del Ssn. Essi infatti rispondono all'esigenza di assicurare meccanismi di stretto coordinamento e di concertazione tra Stato e Regioni. Lungi

dall'esautorare lo Stato da ogni potere e responsabilità, infatti, il nuovo equilibrio dei poteri tra i livelli di governo richiede lo sviluppo e il rafforzamento delle sedi di confronto e di collaborazione tecnica e politica.
Infine, l'attribuzione alle Regioni di autonomia finanziaria e impositiva è risultata assai problematica. Dopo l'istituzione dell'addizionale regionale Irpef e dell'Irap nel 1998, l'approvazione del decreto 56/2000, che aveva delineato un percorso ricco di novità nei rapporti tra Stato e Regioni in campo finanziario e fiscale e le disposizioni introdotte dalla riforma costituzionale del 2001 all'art. 119, sono sorti numerosi conflitti e difficoltà che hanno ostacolato il processo di decentramento. In ogni caso tutta la materia sarà probabilmente soggetta a revisione nell'ambito dei progetti di riforma istituzionale attualmente (agosto 2008) in discussione, volti ad introdurre forme di «federalismo fiscale».

3. Processi di differenziazione nei servizi sanitari regionali

I decreti del 1992-93 e i provvedimenti successivi chiamano le Regioni ad un massiccio intervento normativo. A livello nazionale, infatti, si stabiliscono solo alcune regole di carattere generale che hanno lo scopo di dare il via ai processi di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e a introdurre forme di concorrenza nell'offerta di servizi. Spetta poi alle Regioni dare concreta attuazione alle riforme, con ampi margini di autonomia.
In particolare, è la normativa volta ad introdurre la competizione amministrata che obbliga le Regioni a definire l'assetto organizzativo e regolativo del proprio Ssr. Ciò fornisce la possibilità di pervenire ad esiti molto diversi in termini di configurazione dell'offerta e nella complessa regolazione del Ssr. Questa infatti richiede la definizione e l'attivazione di una pluralità di strumenti e meccanismi, per ciascuno dei quali le Regioni hanno a disposizione opzioni in grado di incentivare una regolazione di tipo competitivo o, invece, di favorire l'affermazione di meccanismi di allocazione delle risorse e di coordinamento delle attività basati sulla cooperazione o sulla «programmazione negoziata».
Per quanto riguarda la configurazione dell'offerta, le Regioni possono optare per un grado elevato di integrazione tra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno delle Asl,

come accadeva per le vecchie Usl. Oppure, possono separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo alle Asl e attribuendo la seconda alle Aziende ospedaliere (Aosp), che riuniscono le strutture di produzione di servizi (ospedali, laboratori e ambulatori) scorporate dalle Asl. L'unica Regione che ha scelto la separazione pressoché completa tra acquirenti e produttori è la Lombardia. Le altre Regioni hanno optato per assetti misti o prevalentemente integrati dell'offerta pubblica, costituendo un numero limitato di Aosp e in qualche caso addirittura nessuna (tab. 1).

Tabella 1 - Percentuale di posti letto in strutture private accreditate e in strutture pubbliche e private non integrate con le Asl (anno 2006)

	Numero di Aosp al 30/06/08	% posti letto privati per acuti	% posti letto privati totali	% posti letto totali in strutture non Asl
Piemonte	8	11	20	58
Valle d'Aosta	0	0	0	0
Lombardia	29	15	21	99
Prov. aut. Bolzano	0	5	14	16
Prov. aut. Trento	0	5	19	30
Veneto	2	5	6	35
Friuli-Venezia Giulia	3	10	11	73
Liguria	3	0	2	55
Emilia-Romagna	5	13	19	50
Toscana	4	10	14	44
Umbria	2	8	8	54
Marche	2	11	16	42
Lazio	5	20	30	73
Abruzzo	0	15	20	23
Molise	0	8	13	32
Campania	8	24	29	67
Puglia	2	14	16	47
Basilicata	2	3	3	41
Calabria	4	30	37	65
Sicilia	17	21	21	74
Sardegna	2	19	20	31
Italia	*98*	*15*	*20*	*62*

Fonte: Elaborazioni da Ministero della Salute (2008).

Il sistema sanitario italiano vede poi una presenza assai variabile dei produttori privati accreditati, for profit e non-profit. Come mostra la tabella 1, che distingue tra posti letto per acuti e complessivi (comprensivi cioè di lungodegenza e riabilitazione) riportando i dati del 2006, l'offerta privata è particolarmente consistente in diverse Regioni meridionali (Calabria, Campania, e anche Sicilia), in Lazio e Lombardia. Risulta significativa o assai significativa anche in Regioni quali Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna, Sardegna e nella Provincia di Trento, soprattutto se si tiene conto della lungodegenza e della riabilitazione. È estremamente limitata, non andando oltre il 5-6% del totale, in Veneto, Basilicata e Liguria.

Pur essendo principalmente il risultato di un radicamento plurisecolare (Paci, 1989; Vicarelli, 1997; 2005), la presenza del settore privato sul territorio può essere incentivata o meno dalle Regioni attraverso l'accreditamento istituzionale, necessario ai produttori pubblici e (soprattutto) privati per essere finanziati dal Ssn.

L'accreditamento può essere utilizzato per ampliare l'offerta a disposizione dei cittadini, favorendo l'ingresso nel sistema di un numero più ampio di soggetti, come accaduto fino a qualche anno fa in Lombardia. Oppure, se prevalgono le preoccupazioni relative al contenimento della spesa, che può risultare più difficile in presenza di un numero più elevato di produttori privati remunerati a tariffa, l'accesso di nuovi soggetti può essere strettamente limitato e subordinato alle esigenze della programmazione regionale, come fanno Emilia-Romagna, Marche e Toscana.

In realtà, in molte Regioni, soprattutto nel Centro-Sud, per lungo tempo e in parte anche oggi non è riconoscibile un preciso indirizzo in materia di accreditamento. Sono state accreditate, in via provvisoria, le strutture private convenzionate (come all'inizio è successo dovunque) e i nuovi accreditamenti sono stati concessi per lo più caso per caso, con un collegamento non sempre chiaro ed esplicito con la programmazione regionale.

D'altro canto, la maggior parte delle Regioni non ha ancora definito e attuato compiutamente il passaggio dal sistema degli accreditamenti provvisori a quello degli accreditamenti definitivi e in alcuni casi il ritardo sembra particolarmente rilevante, come nel caso di Campania, Lazio o Molise, almeno a quanto risultava da una ricerca condotta nel 2007 (Brusoni e al., 2007). Dalla stessa ricerca emergevano, quali esperienze più avanzate e «capofila» per le altre Regioni, quelle condotte da Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana.

Il grado di integrazione dell'offerta è un elemento rilevante perché le strutture di produzione sono remunerate attraverso meccanismi differenti. I presidi ospedalieri e gli ambulatori Asl sono finanziati prevalentemente mediante forme di budget interno o sulla base del costo dei fattori produttivi[1], mentre la Regione finanzia a sua volta le Asl attraverso meccanismi basati sulla quota capitaria. Le Aosp e i produttori privati sono remunerati secondo tariffe a prestazione o a episodi di ricovero, classificati secondo il sistema dei Drg (Diagnosis-related group – raggruppamenti omogenei di diagnosi). A differenza dei meccanismi di finanziamento utilizzati per le Asl, questi sistemi tariffari forniscono incentivi potenzialmente molto forti alla competizione, finalizzata ad attrarre un numero maggiore di pazienti, in modo da incrementare i volumi di attività con tariffe più remunerative[2].
Se prendiamo i ricoveri ospedalieri, seguendo l'indicazione di Mapelli (2000 e Formez 2007) o di Cantù e Carbone (2007), la percentuale di posti letto nelle strutture pubbliche e private non integrate con le Asl (Aosp, privati accreditati e altri tipi di produttori quali gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Irccs e gli ospedali classificati) può essere utilizzata come indicatore dell'estensione potenziale dei sistemi di concorrenza amministrata o dei «quasi-mercati» (Le Grand e Bartlett, 1993). A fronte di una media italiana che vede, nel 2006, il 62% dei posti letto in strutture non a gestione Asl (tab. 1), il panorama si presenta assai diversificato. Si va da situazioni a separazione pressoché completa (Lombardia) o prevalente, con due terzi o più dei posti letto al di fuori delle Asl (Sicilia, Lazio, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Calabria) fino a Regioni a prevalente integrazione produttiva, nelle quali i posti letto a disposizione dei produttori autonomi dalle Asl sono un terzo o meno del totale (Veneto, Molise, Sardegna, Abruzzo, più le Province autonome e la Valle d'Aosta nella quale la totalità dell'offerta che opera per conto del Ssn è gestita dalle Asl).
Una struttura dell'offerta di tipo de-integrato crea le condizioni favorevoli per la regolazione di mercato, ma non è sufficiente ad instaurarla. A questo riguardo sono determinanti le regole che presiedono ai rapporti tra produttori e finanziatori, con particolare riferimento alla

[1] In base alla normativa sarebbe possibile applicare la remunerazione a tariffe anche alle strutture a gestione diretta Asl, ma questo per lo più non accade (Cerbo e Langiano, 2004; Neri, 2006; Cantù e Carbone, 2007).
[2] Per una descrizione dei principali sistemi di remunerazione delle prestazioni sanitarie si rimanda a Fabbri e Ugolini (1999).

definizione dei volumi di prestazioni erogate da Aosp e privati nei confronti del Ssn, e dei corrispettivi di spesa.
In questo senso tutte le Regioni hanno previsto la definizione di target o tetti di produzione o di spesa a carico del Ssn, con una prevalenza dei secondi nel corso del tempo. I tetti possono essere posti sull'attività dei singoli produttori o invece sull'insieme degli erogatori operanti sul territorio. La prima soluzione è funzionale ad una programmazione dell'attività di ogni struttura di produzione, pubblica e privata, in un'ottica di cooperazione o di integrazione, e non di concorrenza, tra le organizzazioni sanitarie. La seconda lascia maggiore spazio allo sviluppo di comportamenti competitivi da parte dei singoli erogatori, come spiegheremo meglio illustrando il caso lombardo dove sono stati a lungo adottati tetti posti sull'attività complessiva degli erogatori.
La definizione dei tetti sui singoli produttori per le Aosp e i privati può avvenire in modo unilaterale, solitamente da parte della Regione, o, come prevede il decreto 229/1999, attraverso accordi contrattuali stipulati dalle Asl o dalle Regioni stesse. In caso di sfondamento dei tetti, è prevista l'attivazione di meccanismi di abbattimento tariffario o il mancato pagamento delle prestazioni in eccedenza rispetto a quanto stabilito. Quanto poi le Regioni e le Asl siano in grado di applicare effettivamente tali disposizioni, soprattutto nei confronti dei privati, dipende poi dalla loro forza negoziale rispetto alle controparti e dalla capacità di controllarne effettivamente il comportamento.
Per indirizzare il comportamento degli erogatori, in forma più specifica e sofisticata rispetto alla semplice determinazione di tetti o target, possono essere utilizzati anche i sistemi tariffari. Nella stessa ricerca già citata in relazione all'accreditamento (Cantù e Carbone, 2007), le Regioni con un investimento più alto su tali sistemi sono risultate quelle centrali e settentrionali, con l'eccezione di Valle d'Aosta, delle Province autonome di Trento e Bolzano e dell'Abruzzo, nelle quali peraltro l'elevato grado di integrazione dell'offerta rende questi strumenti meno rilevanti. In Regioni quali Calabria, Campania, Sicilia, un investimento limitato su questi meccanismi di governo, quale risulta dalla stessa ricerca, può rappresentare un fattore molto critico ed essere spiegato, almeno in parte, con la carenza di sistemi informativi affidabili e tempestivi (Cantù e Carbone, 2007).
Infine, nel Ssn i cittadini possono scegliere liberamente la struttura di cura che preferiscono, pubblica o privata, nell'ambito di quelle accreditate. Nella seconda metà degli anni novanta alcune Regioni hanno

posto alcuni limiti alla libertà di scelta dei cittadini. Alla luce della garanzia del principio di libertà di scelta e di movimento da parte dei pazienti, garantito dall'ordinamento italiano e affermato anche dalla Corte di giustizia europea, tali limiti hanno perso via via significato e costituiscono un elemento di differenziazione sempre meno rilevante tra i Ssr.

4. I modelli regionali emergenti

A partire dalle scelte specifiche compiute dalle Regioni è possibile identificare alcuni modelli di governance dei sistemi sanitari regionali ai quali possono esse accostate, con maggiore o minore aderenza, le diverse realtà esaminate[3]. È possibile quindi identificare:

- un modello basato sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, caratteristico della Lombardia;
- un modello basato sulla cooperazione o sull'integrazione (virtuale o effettiva) tra le organizzazioni sanitarie, cui possono essere accostate le Regioni centro-settentrionali e quelle del Nord-Est. Tale modello presenta due varianti, a seconda che le Regioni sviluppino maggiormente i meccanismi di programmazione negoziata o preferiscano affidarsi ad una programmazione centralizzata più unilaterale, associata a strumenti di governo manageriale;
- un terzo modello, di carattere residuale-incrementale, in cui sono ancora ampiamente utilizzati i tradizionali meccanismi burocratici di governo, presente in diverse Regioni meridionali.

Nelle pagine seguenti verranno esaminate nel dettaglio le caratteristiche di tali modelli e le tendenze emergenti al loro interno.

4.1 Il modello lombardo e la sua evoluzione

Tra il 1996 e il 1997 la Lombardia ha iniziato un processo di trasformazione dei servizi sanitari orientato alla piena separazione tra acquirenti e fornitori, sul modello inglese. Attualmente esiste una sola Asl

[3] La letteratura che ha cercato di identificare i modelli regionali emergenti ha conosciuto un certo sviluppo nella seconda metà degli anni novanta, per ritornare poi ad essere oggetto di interesse in tempi più recenti. A questo proposito possiamo ricordare, tra gli altri, France, 1999; Mapelli, 2000; Neri, 2006; Formez, 2007.

lombarda che gestisce un presidio ospedaliero, mentre le 29 Aosp hanno incorporato gli ospedali e anche gran parte dei servizi specialistici ambulatoriali. Nel medio-lungo termine le Asl dovrebbero progressivamente abbandonare anche la gestione diretta dei servizi territoriali, assumendo il ruolo di soggetti incaricati esclusivamente delle funzioni di «Programmazione, Acquisto e Controllo (Pac)» delle prestazioni fornite dai produttori.

Questa scelta è coerente con un sistema di regole orientato a promuovere un regime di concorrenza tra i produttori pubblici e privati, posti in condizione di tendenziale parità. Per ottenere questo risultato, oltre alla separazione tra soggetti produttori e finanziatori nell'offerta pubblica, tra il 1996 e il 2002 è stato ampliato significativamente il numero dei soggetti accreditati. Inoltre, l'ambito di applicazione dei meccanismi tariffari è stato progressivamente esteso fino a raggiungere dimensioni che non hanno riscontro in altre Regioni, comprendendo anche le prestazioni ambulatoriali di tipo psichiatrico, quelle delle aree consultoriale e materno-infantile.

Molta enfasi viene posta sul principio della libertà di scelta della struttura di cura. Il sistema lombardo si fonda infatti su un'ampia fiducia nella capacità del cittadino di scegliere tra i diversi produttori di servizi, in modo da cogliere adeguatamente i benefici forniti dalla presenza di un'offerta pluralistica e competitiva. Il cittadino è pienamente libero di recarsi in ogni struttura accreditata, pubblica e privata, presente su tutto il territorio regionale.

Per garantire la piena libertà di scelta fino al 2002 non veniva fissato preventivamente un limite al numero massimo di prestazioni che potevano essere fornite da ogni singolo produttore, ma esisteva solo un tetto complessivo posto sull'attività e la spesa realizzata a livello regionale, articolato solitamente per Asl.

Si tratta del cosiddetto «tetto di sistema». Questo prevede, in caso di sfondamento, una decurtazione proporzionale della remunerazione applicata a tutti produttori, in modo da rientrare nei limiti complessivi predefiniti. Le decurtazioni non vengono calcolate sul volume di prestazioni fornite dalla singola struttura, in quanto questo non è definito a priori, ma sul volume complessivo di prestazioni prodotte a livello regionale o su quello relativo all'insieme di erogatori localizzati in ciascuna Asl.

Il tetto di sistema contiene incentivi assai differenti da quelli presenti negli accordi contrattuali per singolo produttore. Esso consente di premiare gli erogatori che sono stati in grado di attrarre il numero più

elevato di pazienti, secondo il principio noto come «*money follows the patients*», tipico dei sistemi competitivi che si basano sulla libertà di scelta. La capacità di attirare un numero elevato di pazienti, e quindi di erogare un maggiore numero di prestazioni, viene infatti considerata indicatore di una migliore qualità dei servizi forniti.

Per orientare l'azione degli erogatori e regolare il rapporto tra domanda e offerta, la Regione deve affidarsi largamente alle revisioni tariffarie. Oltre a consentire un adeguamento ai mutamenti nei costi di produzione, le variazioni tariffarie servono a disincentivare gli effetti distorsivi che possono derivare dai meccanismi di mercato e a stimolare invece l'incremento dei tipi di prestazioni erogate in numero insufficiente rispetto a quanto ritenuto opportuno. Il pericolo appare tanto più fondato all'interno di un assetto caratterizzato da un grado elevato di de-integrazione organizzativa, con una presenza significativa di produttori privati. Acquista quindi una grande importanza il sistema dei controlli sull'attività svolta dagli erogatori, che è stato potenziato nel corso degli anni con un investimento tra i più elevati nel contesto italiano, anche se probabilmente ancora insufficiente rispetto alle necessità del sistema.

Nonostante ciò, in un contesto di crescente responsabilizzazione delle Regioni nel governo della spesa, le preoccupazioni relative alla difficoltà di controllare la crescita dei costi, anche in presenza di vertenze giudiziarie promosse e vinte da alcuni erogatori privati che hanno impedito l'applicazione delle decurtazioni a consuntivo sulla loro remunerazione, la Lombardia ha intrapreso negli ultimi anni una significativa revisione della propria politica. Dal 2002, infatti, essa ha limitato fortemente i nuovi accreditamenti subordinandoli alle esigenze della programmazione regionale. Inoltre, sempre a partire dal 2002 il meccanismo del tetto di sistema è stato progressivamente abbandonato a favore di quello fondato sugli accordi contrattuali tra le Asl e i singoli erogatori, con la predeterminazione, per ciascun produttore, dei volumi massimi di spesa e la previsione di abbattimenti tariffari in caso di sfondamento.

Se quindi i meccanismi competitivi sono stati attenuati negli ultimi anni, è però altrettanto vero che vi sono alcuni elementi che sembrano confermare un orientamento teso a promuovere la liberalizzazione e la «privatizzazione» del sistema. Vanno in questo senso soprattutto gli interventi di trasformazione di strutture ospedaliere pubbliche in organizzazioni di tipo «ibrido», come società a capitale misto a maggioranza pubblica, associazioni in partecipazione, fondazioni di diritto

pubblico e privato, avviate avvalendosi dello strumento delle sperimentazioni gestionali e delle opportunità offerte dal decreto 288/03 sulla riforma degli Irccs. Tali esperienze rientrano nell'ambito delle collaborazioni pubblico-privato, che prevedono il coinvolgimento di soggetti privati nella proprietà e nella gestione delle strutture, con l'adozione di un regime giuridico di carattere privatistico. Anche altre Regioni hanno dato vita a simili interventi di trasformazione (Assr, 2003), ma in Lombardia esse sembrano rientrare in un disegno di trasformazione complessiva dell'offerta pubblica, seppure a lungo termine.

4.2 Il modello dell'integrazione

È possibile poi identificare un modello di governance basato sui principi di cooperazione o di integrazione, virtuale o effettiva, tra le organizzazioni sanitarie. In questo modello, cui possono essere accostate le Regioni centro-settentrionali e quelle del Nord-Est, le politiche regionali perseguono la costruzione di reti di offerta di servizi nelle quali ciascuna struttura sanitaria, pubblica o privata, rappresenta un nodo insostituibile di una rete, e sia in un rapporto di complementarità e non di competizione con gli altri nodi. L'integrazione virtuale o effettiva tra le organizzazioni sanitarie e la logica di rete ad essa sottesa devono consentire di ridurre il più possibile gli sprechi, le ridondanze e le duplicazioni di servizi, assicurando da un lato l'appropriatezza clinica e organizzativa, dall'altro il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle risorse. A tal fine, risulta fondamentale il ruolo giocato dalla programmazione regionale e territoriale.
Il principio di razionalizzazione è alla base della scelta di costituire un numero limitato di Aosp. Queste infatti rappresentano dei poli provinciali o regionali nei quali è concentrata la produzione delle prestazioni di alta specializzazione e di elevata complessità, quali ad esempio quelle di oncologia, cardiochirurgia, neurochirurgia, i centri trapianti. La concentrazione di tali servizi all'interno di poche strutture di grandi dimensioni è finalizzata a conseguire le economie di scala rese possibili dalla produzione di volumi molto elevati di prestazioni, nonché ad ottenere miglioramenti nella qualità del servizio.
Il modello dell'integrazione presenta due varianti. La prima, caratteristica di Emilia-Romagna e Toscana, enfatizza il ruolo della programmazione negoziata attraverso l'uso degli accordi contrattuali tra committenti e produttori (Aosp e privati accreditati) e mediante il vasto impiego di strumenti negoziali nei rapporti con gli enti locali. Nella

programmazione negoziata il governo del sistema sanitario regionale si realizza attraverso la definizione e la realizzazione di accordi, piani, programmi regionali e locali elaborati attraverso processi, formali e informali, di negoziazione e di concertazione con tutti gli attori coinvolti nella progettazione e nella gestione degli interventi sanitari e socio-sanitari. In queste Regioni «la concorrenza, di fatto, è bandita a favore di "contratti-programma" tra Asl/Aosp/case di cura/specialisti privati, che garantiscono il controllo sulla dinamica della spesa, grazie anche alla forte integrazione dei presidi ospedalieri nelle Asl […]. Le quote di produzione sono note in anticipo, così come gli abbattimenti tariffari in caso di superamento e ciò riduce, se non annulla, il rischio dei produttori» (Mapelli, 2000, p. 273). I nuovi accreditamenti sono molto limitati e strettamente funzionali alle esigenze della programmazione regionale; l'impiego dei meccanismi tariffari è più contenuto che nel caso lombardo. La contrattazione e la concertazione avvengono sia in ambito regionale che territoriale, ma tendono a valorizzare soprattutto questo secondo livello.

Tale orientamento riguarda anche le strutture private, che tenderanno ad essere coinvolte nella costruzione di reti integrate di servizi territoriali e ospedalieri, in un'ottica di complementarità con il sistema pubblico, come si vede bene nel caso emiliano (Fiorentini e Ugolini, 2003). A tale fine viene impiegato il contratto, che diviene uno strumento di programmazione congiunta finalizzata al perseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale.

L'altra variante del modello, della quale è tipico rappresentante il Veneto, attribuisce minore importanza alla concertazione e alla negoziazione territoriale e si affida maggiormente alla programmazione centralizzata di livello regionale. In tali contesti il ricorso agli accordi contrattuali con le Aosp è assente o comunque assai limitato, dato che il loro finanziamento è definito direttamente dalla Regione mediante la determinazione di budget.

Il governo dell'offerta pubblica, costituita in parte rilevante o prevalente dalle strutture Asl, è assicurato dal vasto impiego di strumenti di programmazione *top-down* cui si associa lo sviluppo di meccanismi di controllo di tipo manageriale all'interno delle singole Aziende. I contratti con le strutture private sono definiti prevalentemente a livello regionale, con uno scarso ruolo delle Asl. Il Formez (2007), in una ricerca condotta su nove Regioni da Vittorio Mapelli, parla a questo proposito di modello «accentrato» di governance e vi include, oltre al Veneto, anche il Lazio e la Basilicata (quest'ultima in transizione verso la variante della programmazione negoziata).

4.3 Il modello residuale-incrementale

È possibile poi identificare un terzo modello, tipico di alcune Regioni meridionali, definibile come residuale-incrementale per la scarsa capacità di optare chiaramente per un assetto regolativo e per la tendenza ad oscillare tra il modello della concorrenza e quello dell'integrazione. La ricerca Formez (2007) si esprime a questo riguardo in termini di modello burocratico, ponendo l'accento sul prevalente affidamento su strumenti di governo gerarchico di tipo tradizionale, sulla debolezza dei meccanismi di programmazione e controllo di carattere manageriale e sull'assenza di accordi contrattuali. Tipico rappresentante di questo modello sarebbe la Campania (Formez, 2007).

In alcuni casi, come Lazio, Campania e Sicilia, nella seconda metà degli anni novanta si erano delineati assetti regolativi, in parte tuttora mantenuti, favorevoli alla concorrenza. Giocava in tal senso in primo luogo la struttura dell'offerta, caratterizzata da un grado elevato di separazione tra acquirenti e produttori dei servizi. A ciò si associava la presenza di un insieme di regole che, se non favoriva esplicitamente la competizione, quanto meno non la ostacolava. Ciò appare vero soprattutto per Campania e Sicilia. Per queste e anche per altre Regioni meridionali si ha spesso l'impressione che lo spazio attribuito alla concorrenza non sia tanto il risultato di un indirizzo deliberato e consapevole, quanto piuttosto dell'assenza o scarsa operatività degli strumenti che altrove vengono utilizzati per stemperarne o annullarne gli effetti. Facciamo riferimento, oltre che ai contratti tra acquirenti e produttori, ad un impiego dei meccanismi tariffari finalizzato a prevenire i comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, ad un indirizzo coerente volto a contenere il numero dei nuovi accreditamenti subordinandoli alle esigenze della programmazione regionale.

Nel Lazio durante il governo di centro-destra (2000-2005) sono state compiute alcune scelte, come l'adozione del tetto di sistema, che rendevano piuttosto esplicito l'orientamento verso la concorrenza. L'indirizzo però è cambiato con il mutamento nella coalizione di governo, i cui provvedimenti, tra cui l'abolizione del tetto di sistema, sono volti alla promozione di un assetto regolativo ispirato a forme di cooperazione tra le organizzazioni sanitarie. Anche la Campania sembra muoversi nello stesso senso, con la decisione di promuovere l'impiego degli accordi contrattuali.

Va comunque osservato che negli anni più recenti le politiche sanitarie di Lazio, Sicilia e Campania sono state condizionate dalla questio-

ne del debito, particolarmente pesante soprattutto nelle prime due Regioni. Il meccanismo dei piani di rientro concordati con il governo centrale, definito con l'Intesa del 23 marzo 2005[4], prevede una serie di obblighi da rispettare che finiscono inevitabilmente per vincolare pesantemente i governi regionali. Questi ultimi peraltro stanno mostrando in alcuni casi, come quello del Lazio, evidenti difficoltà nella gestione del problema.
Un'analoga tendenza a muoversi verso il modello dell'integrazione è osservabile anche in altre Regioni come Sardegna, Calabria e Puglia. In quest'ultimo caso, gli interventi di razionalizzazione compiuti dal governo di centro-destra di Fitto (2000-2005) sono stati particolarmente incisivi e hanno portato ad una forte razionalizzazione dell'offerta pubblica e centralizzazione della governance a livello regionale.

5. Considerazioni finali

Dopo avere fornito alcune informazioni sulle scelte regionali e avere identificato i modelli emergenti di governance, è possibile formulare alcune considerazioni sui processi di differenziazione regionale del Ssn e sulle tendenze in atto in questo momento.
In primo luogo, va rilevato che dopo una fase in cui hanno prevalso le tendenze alla divergenza nelle soluzioni adottate dalle Regioni, negli ultimi anni sono venuti in primo piano alcuni elementi di convergenza tra i sistemi regionali, anche tra quelli ispirati a principi assai diversi. Nella regolazione più che nell'organizzazione dei Ssr è visibile, in qualche modo, una tendenza ad una convergenza verso il modello ispirato alla cooperazione o all'integrazione tra le organizzazioni sanitarie, nell'una o nell'altra variante a seconda dei casi. La tendenza riguarda sia il sistema dei quasi-mercati della Lombardia, che le Regioni centrali e meridionali incluse nel modello residuale o burocratico.
La presenza di elementi di convergenza tra le Regioni non significa che non esistano più significative differenze nella regolazione dei Ssr, che peraltro sono presenti anche le tra le due varianti del modello dell'integrazione. Oltre al risultato di processi di apprendimento dall'esperienza, probabilmente l'adozione di soluzioni regolative simili

[4] Fino al 2008 oltre a Lazio, Campania e Sicilia le Regioni che hanno sottoscritto piani di rientro con il Ministero dell'Economia e il Ministero della Salute sono state Abruzzo, Liguria e Molise.

tra loro rappresenta una risposta a problemi comuni alla maggioranza delle Regioni, in particolare la necessità di controllare la crescita della spesa sanitaria a fronte della crescente responsabilizzazione degli enti di governo intermedio.

Il contenimento e la razionalizzazione della spesa sono probabilmente all'origine di altre tendenze diffuse nelle Regioni italiane, come gli interventi di centralizzazione degli acquisti di beni (ad esempio dei farmaci) e delle gare d'appalto ad un livello sovraziendale, quale quello individuato dalle «Aree vaste» costituite in Toscana e, più di recente, in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto. Peraltro, ad analoghi obiettivi di razionalizzazione mediante processi di centralizzazione delle funzioni di governo, corrispondono altre innovazioni organizzative, come la costituzione di Aziende sanitarie uniche regionali nelle Marche e in Molise.

In tale contesto, la corrispondenza tra orientamento politico dei governi regionali e scelte compiute nella governance dei Ssr è blanda, si è attenuata nel corso degli anni e presenta da sempre rilevanti eccezioni. Ad esempio Veneto e Lombardia, governate ininterrottamente dal centro-destra a partire dal 1995, hanno due assetti istituzionali profondamente diversi, con il Veneto che appare più simile alle Regioni rosse del Centro-Nord.

Esistono però altri ambiti delle politiche sanitarie dove il peso della *politics* resta più forte. Questo accade nel caso le scelte regionali tocchino questioni che hanno assunto un alto valore simbolico. Ad esempio, per contenere la spesa farmaceutica territoriale all'interno del tetto del 13% fissato nel 2001, le Regioni del centro-destra hanno optato per la reintroduzione dei ticket sui farmaci, aboliti a livello nazionale nel 2000, mentre quelle di centro-sinistra hanno rifiutato il ricorso a questo strumento privilegiandone altri come i programmi di distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Asl e delle Aosp.

E proprio i ticket costituiscono, a quanto pare, uno dei motivi di scontro tra il governo e la Regione Lazio, data la volontà del primo di imporre l'utilizzo delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica quale strumento per la riduzione del debito, nell'ambito delle procedure di commissariamento della Regione in via di definizione in questo momento (agosto 2008), a fronte del mancato rispetto degli impegni presi nel piano di rientro.

Peraltro, tale episodio solleva problematiche più generali relative ai rapporti tra Stato e Regioni nei nuovi equilibri in via di strutturazione all'interno del Ssn. Le procedure predisposte per la gestione dei piani

di rientro forniscono infatti al governo centrale penetranti poteri di indirizzo e controllo sull'operato delle Regioni, che rischiano inevitabilmente di minare seriamente l'autonomia dei governi regionali. Mentre sono in preparazione progetti di riforma improntati al federalismo fiscale, quindi, rischiano di innescarsi processi di ricentralizzazione potenzialmente molto incisivi. In questo caso, una differenza rispetto ad analoghi fenomeni registrati nel passato sarebbe che essi non riguarderebbero la totalità delle Regioni, ma solo quelle che non si fossero dimostrate all'altezza delle sfide poste da un assetto fortemente decentrato.

Riferimenti bibliografici

Assr, 2003, *Commissione per le Sperimentazioni ed Innovazioni Gestionali. Ricognizione e Valutazione delle Sperimentazioni ed Innovazioni Gestionali in Italia*, Roma, Assr.

Brusoni M., Luzzi L., Merlino L., Predestini A., 2007, *Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano, pp. 215-45.

Cantù C. e Carbone C., 2007, *I sistemi di finanziamento: strumenti per governare i comportamenti degli erogatori di prestazioni sanitarie?*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2007*, Egea, Milano, pp. 247-70.

Cerbo M. e Langiano T., 2004, *L'impatto a livello nazionale del sistema di remunerazione*, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn. I primi dieci anni dei Drg in Italia*, Il Mulino, Bologna, pp. 85-115.

Corte dei Conti, 2008, *Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2007*, Corte dei Conti, Roma.

Enthoven A.C., 1985, *Reflections on the Management of the National Health Service*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londra.

Fabbri D. e Ugolini C., 1999, *Pagamento prospettico, modelli sanitari regionali e funzioni di controllo delle prestazioni ospedaliere*, in Fabbri D. e Fiorentini G., *Regolamentazione e finanziamento dei servizi pubblici*, Carocci, Roma, pp. 89-114.

Ferrera M., 1996, *La partitocrazia della salute*, in Cotta M. e Isernia P. (a cura di), *Il gigante dai piedi di argilla*, Il Mulino, Bologna, pp. 53-72.

Fiorentini G. e Ugolini C., 2003, *I contratti per servizi ospedalieri e le organizzazioni dei produttori privati: problemi di integrazione virtuale e contendibilità*, in Fiorentini G. (a cura di), 2003, *I servizi sanitari in Italia 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 173-207.

Formez, 2007, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez, n. 57, Formez, Roma.

France G. (a cura di), 1999, *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato*, Giuffrè, Milano.

Le Grand J. e Bartlett W. (a cura di), 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, Londra.

Light D.W, 1997, *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theroty and Lessons from the British Experience*, «The Milbank Quarterly», n. 3, pp. 297-341.

Maino F., 2001, *La politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Mapelli V., 2000, *Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali*, in Bernardi L. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna, pp. 299-344.

Mills A., 1990, *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*, World Health Organization, Ginevra.

Ministero della Salute, 2008, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2006*, Ministero della Salute, Roma.

Neri S., 2006, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, Franco Angeli, Milano.

Paci M., 1989, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di Welfare*, Liguori, Napoli.

Rondinelli D.A., 1981, *Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries*, «International Review of Administrative Science», n. 47, pp. 133-45.

Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (a cura di), 2006, *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, Open University Press, Buckingham.

Vicarelli G., 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna.

Vicarelli G., 2002, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, «Politiche Sanitarie», 3, pp. 84-92.

Italia. Ssn e servizi sanitari regionali: disavanzi ed equità

Stefano Cecconi

Il federalismo fiscale in Italia si avvicina, mentre aumenta il divario fra Nord e Sud. Nel sistema socio-sanitario il divario riguarda sia i livelli essenziali delle prestazioni che la situazione economico-finanziaria. Analizzando i risultati di esercizio degli ultimi anni e alcuni indicatori sullo stato di organizzazione dei servizi sanitari regionali, si può vedere come il disavanzo di molte Regioni non sia dovuto al sottofinanziamento, quanto piuttosto a diverse scelte di programmazione e organizzative. Nelle Regioni meno virtuose vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e distorsioni dell'offerta. Al contrario, nelle Regioni più virtuose, i risultati di bilancio positivi si accompagnano a indicatori che segnalano una migliore organizzazione e maggiore appropriatezza. Lo conferma la vicenda dei Piani di rientro delle sei Regioni con gravi disavanzi. Si evidenzia così l'importanza della governance locale e contemporaneamente la necessità, tanto più in un paese federale, di una forte regia nazionale per garantire l'uniforme diffusione dei livelli essenziali di assistenza in tutto il paese.

1. Introduzione. Un paese diviso e diseguale

Fervono i lavori nel cantiere del federalismo ma è difficile immaginare quali saranno gli esiti di tanta attività. Manca infatti un progetto condiviso per completare l'attuazione del titolo V della Costituzione, riformato sette anni fa con la legge n. 3 del 2001.
Si confrontano sul campo diverse ipotesi: una prima è rappresentata dal disegno di legge presentato nella scorsa legislatura dal Governo Prodi, una seconda, molto simile, è il documento approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni[1], una terza, più «estremista», è quella lanciata nel dibattito dalla Regione Lombardia[2], infine la più recente è

[1] Conferenza delle Regioni e Province autonome, 7 febbraio 2007, «Documento sul federalismo».
[2] Consiglio regionale della Lombardia, 19 giugno 2007, «Proposta di legge al Parlamento sul federalismo fiscale».

la proposta del ministro Calderoli[3]. Una cosa è certa: il passaggio dallo Stato unitario, fortemente centralista, a quello federale avverrà in presenza di fortissime differenze fra le diverse zone del nostro paese. Per questo la giusta preoccupazione di costruire un federalismo che preservi l'unità nazionale e l'uniformità dei diritti in tutto il paese non deve farci dimenticare che già oggi l'Italia è divisa e diseguale.

Da una parte ci sono i territori «forti», quasi tutti al Centro-Nord, in cui si concentra la maggior produzione di ricchezza e di infrastrutture, dove i tassi di attività e di occupazione sono più alti, dove il sistema di welfare è migliore e dove i disavanzi pubblici sono più contenuti. Dall'altra ci sono i territori «deboli», quasi tutti al Sud, dove ci sono meno ricchezza, meno infrastrutture, più disoccupazione, meno welfare e, paradossalmente, più disavanzi pubblici.

Questo divario continua a crescere e, con l'indebolimento dei confini nazionali e l'acuirsi della competizione indotti dalla globalizzazione, ha fornito una delle principali motivazioni alla spinta «secessionista» del Nord, dove il «leghismo» è stato fenomeno ben più ampio del consenso elettorale della Lega.

Col tempo questa spinta è stata «mitigata» in una versione federalista, fatta propria da tutte le forze politiche, senza eccezioni, quindi dalle stesse istituzioni regionali[4] e infine dalla maggioranza dei cittadini (sondaggio Swg, 2008)[5]. E si è cercato di evidenziare le opportunità del federalismo più che i suoi rischi. Ma non c'è dubbio che il divario fra Nord e Sud sia il vero nodo critico del federalismo in Italia.

C'è da chiedersi se il federalismo colmerà o accentuerà questo divario. Perché, anche in un paese «federale», il problema sarà proprio quello di ridurre le differenze. Non solo per rispettare i principi fondamentali della Costituzione[6] che stanno a fondamento della Repubblica ma, obiettivo non secondario, per mantenere l'Italia nel novero dei paesi più avanzati.

[3] Roberto Calderoli, ministro per la Semplificazione normativa – luglio 2008 – Schema di disegno di legge «Attuazione dell'Articolo 119 della Costituzione: delega al Governo in materia di federalismo fiscale».

[4] Vedi nota 1.

[5] Sondaggio Swg per Affaritaliani.it, giugno 2008.

[6] Tra i principi si richiamano, per tutti, quelli espressi nell'articolo 3 della Costituzione, che recita: «È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e *l'eguaglianza dei cittadini*, impediscono il pieno sviluppo della persona umana […]».

2. Il divario nel sistema socio-sanitario

Per quanto riguarda il sistema socio-sanitario, quindi una parte più che rilevante del welfare, il divario fra Nord e Sud[7] riguarda sia i livelli essenziali delle prestazioni – la loro diffusione e appropriatezza e l'accesso dei cittadini – che la situazione economico-finanziaria. E, senza correzioni di rotta, esso è destinato ad accentuarsi. Infatti nei prossimi anni è attesa una crescita della spesa sanitaria relativa a due fattori che vedono le Regioni «più deboli» in maggiore difficoltà: le innovazioni tecnologiche, soprattutto in ambito ospedaliero, e la domanda di cure per la cronicità (d'ora in poi Ltc, *Long term care*)[8]. Ebbene, sono proprio le Regioni più deboli quelle dove sono più carenti sia gli investimenti in innovazione che le prestazioni per Ltc (rivolte ad una popolazione per lo più anziana, la cui incidenza sul totale della popolazione, come è noto, è destinata ad aumentare nei prossimi anni e anche nelle Regioni del Centro-Sud).

2.1 Il divario sui risultati economico-finanziari

Osservando i risultati di esercizio delle Regioni relativi alla sanità (vedi la tabella 1), si evidenzia che i disavanzi più gravi si concentrano al Centro-Sud, fatta eccezione per la Liguria (e per la Valle d'Aosta che è però Regione a statuto speciale), con sei Regioni che si vedono costrette perciò a «subire» i Piani di rientro[9].
Anche il risultato al IV trimestre del 2007, riportato nella tabella 2 e nella figura 1[10], conferma l'aumento del divario tra Nord e Sud.

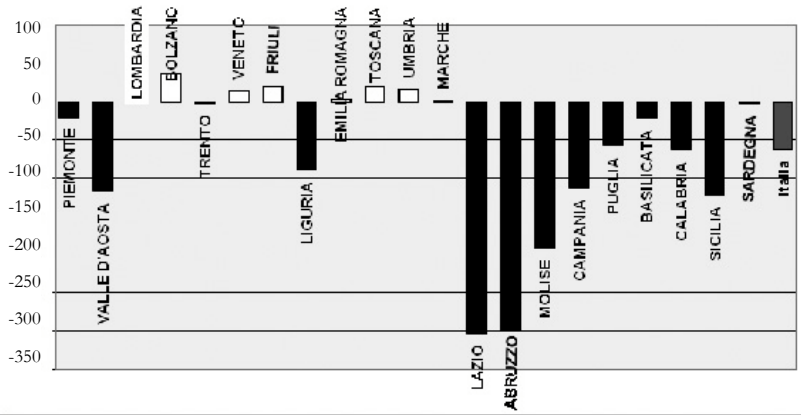
[7] Ci si concentra qui sul divario relativo alla sanità, tralasciando i numerosissimi rapporti e le ricerche che indicano come il divario Nord-Sud sia in continuo aumento e sia riferito a quasi tutti gli indicatori economico-sociali. Vedi per tutti il Rapporto di Unioncamere per il 2007.
[8] Cerm, 2008, cap. 2.1.
[9] Le sei Regioni sono: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.
[10] Il risultato al IV trimestre 2007, comprensivo del saldo di mobilità e di tutte le voci che compongono ricavi e costi, è quello accertato dall'apposito Tavolo di verifica nazionale (composto da Stato e Regioni) istituito dall'Intesa del 23 marzo 2005 e confermato dal Patto per la salute del 2006.

Tabella 1 - Risultati di esercizio delle Regioni relativi alla sanità (anni 2001-2006; euro pro capite)

Regione	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Piemonte	-49	-9	-24	-156	0	-12
Valle d'Aosta	-276	-56	-86	-109	-113	-114
Lombardia	-31	-35	7	14	-2	-1
Bolzano	-638	-152	-54	53	59	44
Trento	9	2	-10	-18	-6	3
Veneto	-67	-45	-32	1	-24	3
Friuli-Venezia Giulia	-15	28	16	8	23	10
Liguria	-47	-28	-31	-208	-159	-67
Emilia-Romagna	-4	-12	-10	-92	-4	-23
Toscana	-25	-12	6	-67	-4	-21
Umbria	-8	-12	-55	-61	-10	-50
Marche	-85	-66	-48	-108	-12	-19
Lazio	-186	-110	-137	-319	-329	-307
Abruzzo	-59	-106	-169	-80	-185	-104
Molise	-114	-57	-227	-136	-433	-197
Campania	-109	-111	-97	-205	-309	-114
Puglia	-41	-1	27	10	-101	-59
Basilicata	-47	-1	-32	-52	-72	-25
Calabria	-110	-73	-29	-64	-39	-33
Sicilia	-82	-68	-54	-149	-114	-181
Sardegna	-65	-106	-87	-145	-192	-62
Italia	*-71*	*-50*	*-40*	*-100*	*-98*	*-72*

Fonte: Relazione della Corte dei Conti, 2007.

Figura 1 - Risultato di esercizio IV trimestre 2007 (pro capite)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Tabella 2 - Risultato di esercizio IV trimestre 2007

Regione	Risultato provvisorio migliaia euro	Pro capite euro
Piemonte	-91.258	-21,01
Valle d'Aosta	-14.432	-116,40
Lombardia	9.429	0,99
Bolzano	17.448	36,18
Trento	-1.653	-3,28
Veneto	64.440	13,59
Friuli-Venezia Giulia	24.254	20,07
Liguria	-143.801	-89,30
Emilia-Romagna	12.797	3,05
Toscana	72.022	19,89
Umbria	13.969	16,09
Marche	209	0,13
Lazio	-1.606.668	-302,78
Abruzzo	-389.475	-298,37
Molise	-61.571	-191,86
Campania	-654.138	-112,95
Puglia	-229.240	-56,30
Basilicata	-13.195	-22,21
Calabria	-126.806	-63,26
Sicilia	-612.533	-122,08
Sardegna	-5.038	-3,04
Totale	*-3.673.720*	*-62,52*

Fonte: Ministero della Salute, 2008

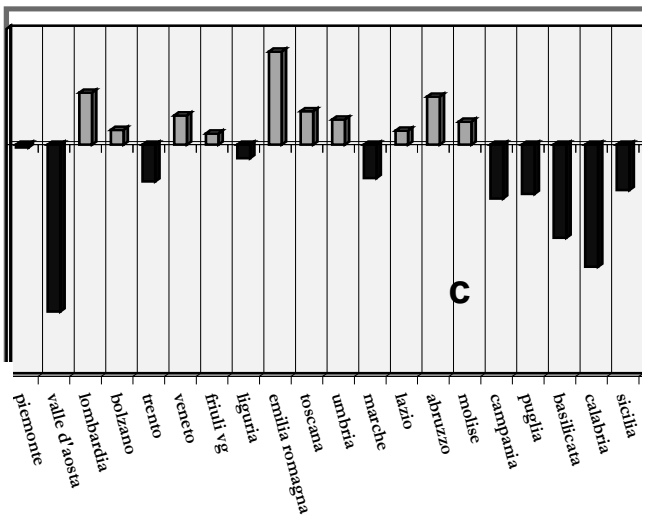
I dati del 2007 segnalano alcune tendenze, che possono così essere riepilogate:

- tredici Regioni (rappresentate nel grafico in figura 1 dagli istogrammi sotto la linea dello zero), tra cui tutte le Regioni del Sud, hanno un risultato provvisorio negativo (al IV trimestre 2007). Al Nord, Liguria e Piemonte (ma anche Valle d'Aosta, causa una forte mobilità passiva) sono in difficoltà. In questa situazione, le Regioni sono tenute a ulteriori «manovre» per raggiungere il pareggio (utilizzando risorse provenienti dalla leva fiscale e in casi limitati dal proprio bilancio), pena l'avvio della procedura sanzionatoria da parte del governo. Al consuntivo definitivo, fra tutte le Regioni, si ipotizza che, dopo le manovre straordinarie, dovrebbero rimanere in disavanzo solo Abruzzo e Calabria.
- Si conferma, anche *se più contenuto del previsto*, il divario fra finanziamento del sistema e spesa (costi di produzione), che colpisce, pur con diversa intensità, tutte le Regioni (questo divario è di circa

5,5 miliardi, inferiore ai 6 miliardi attesi sulla spesa programmata e ai 7 miliardi attesi sulla spesa tendenziale).

- È bene sottolineare che alcune Regioni del Nord (ad es. Lombardia e Veneto) restano in equilibrio anche utilizzando addizionali fiscali o risorse di bilancio proprie, disponibili grazie alla maggiore ricchezza.
- Nel 2008, alle sei Regioni in gravi difficoltà (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) impegnate nei Piani di rientro, potrebbero aggiungersene altre (a rischio sono Calabria, Puglia, Piemonte). La Sardegna invece sembra migliorare notevolmente il risultato rispetto agli anni precedenti.

Figura 2 - Mobilità attiva e passiva anno 2006



Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

- Si evidenzia l'importanza della mobilità sanitaria nell'influenzare i risultati di bilancio (si veda figura 2). Importanti Regioni del Nord (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) senza mobilità attiva chiuderebbero in disavanzo. Al contrario alcune Regioni del Centro-Sud producono disavanzo a causa della forte mobilità passiva. Ciò segnala un grande divario tra le Regioni sulla quantità e sulla qualità dell'offerta e quindi sulla capacità di «attrarre» utenti. Nel gra-

fico in figura 2 gli istogrammi scuri sotto la linea orizzontale segnalano le Regioni con mobilità passiva (indice di fuga), gli istogrammi chiari sopra la linea orizzontale rappresentano le Regioni con mobilità attiva (indice di attrazione).

3. Uguale finanziamento, diseguale risultato

Il disavanzo di molte Regioni non è il frutto inevitabile del sottofinanziamento. Infatti, le Regioni, pur partendo con un finanziamento pro capite analogo, ottengono risultati di esercizio molto diversi (vedi tabella 3 e figura 3).

Tabella 3 - Finanziamento pro capite e risultato pro capite (anno 2007)

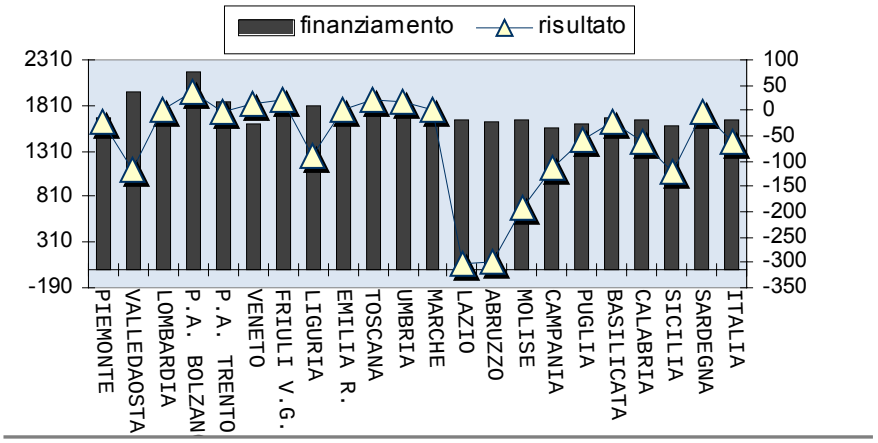
Regione	Finanziamento 2007 euro pro capite	Risultato IV trimestre 2007 euro pro capite
Piemonte	1.682	-21
Valle d'Aosta	1.954	-116
Lombardia	1.616	1
Prov. aut. Bolzano	2.177	36
Prov. aut. Trento	1.853	-3
Veneto	1.606	14
Friuli-Venezia Giulia	1.716	20
Liguria	1.812	-89
Emilia-Romagna	1.683	3
Toscana	1.695	20
Umbria	1.693	16
Marche	1.671	0
Lazio	1.643	-303
Abruzzo	1.635	-298
Molise	1.655	-192
Campania	1.574	-113
Puglia	1.602	-56
Basilicata	1.665	-22
Calabria	1.643	-63
Sicilia	1.575	-122
Sardegna	1.622	-3
Italia	*1.643*	*-62*

Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

Il grafico in figura 3 illustra come il finanziamento pro capite (colonne scure) sia più omogeneo rispetto ai risultati di esercizio (triangoli chiari) conseguiti dalle singole Regioni. Lo scarto nel finanziamento, per la

maggior parte delle Regioni a statuto ordinario, è ben più ridotto di quello relativo al risultato. Risultati così diversi non dipendono, dunque, dai differenti finanziamenti ma, principalmente, dalle differenti «performance» delle singole Regioni (mobilità sanitaria, controllo dei costi, ricavi aggiuntivi, ecc.) e, ma solo in parte, dalla diversa ricchezza disponibile.

Figura 3 - Finanziamento pro capite e risultato pro capite (anno 2007)



Fonte: Elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

Anche un recente studio del Cerm (2008) tende a dimostrare che i diversi risultati economico-finanziari tra le Regioni siano dovuti più alle diverse capacità di governare a livello locale il sistema sanitario che a squilibri nel finanziamento. Viene confermato quanto la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali sia una leva fondamentale del risanamento economico-fi-nanziario. Come dimostra anche la vicenda dei Piani di rientro adot-tati dalle sei Regioni con gravi disavanzi.

4. I Piani di rientro dai disavanzi

Il Patto per la salute, sottoscritto a fine 2006 da governo e Conferenza delle Regioni, ha dedicato una particolare attenzione al ripiano dei disavanzi sanitari, particolarmente gravi in alcune Regioni.
I «Piani di rientro»[11] sono diventati gli strumenti con i quali sei Regio-

[11] Previsti dall'Intesa Stato-Regioni (Patto per la salute) del 26 settembre 2006, come evoluzione dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

ni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia, alle quali si è aggiunta la Sardegna per il solo disavanzo 2001) hanno concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia le misure per azzerare i disavanzi accumulati e per riportare strutturalmente in equilibrio i bilanci correnti dal 2007 in poi.

I Piani prevedono una combinazione di interventi:

- una parte è rivolta ad azzerare i disavanzi accumulati fino al 31 dicembre 2005 e poi nel 2006. È caratterizzata prevalentemente da misure finanziarie. Gli effetti di alcune misure sono a «lungo termine» (es. rate poliennali per restituire i prestiti) e gravano ogni anno sui bilanci delle singole Regioni (sottraendo risorse importanti non solo alla sanità ma anche ad altre politiche per lo sviluppo). Perciò questa parte degli interventi è stata sostenuta in modo molto consistente dallo Stato (es. 2 milioni di euro di Fsn aggiuntivo per il 2006, fondo una tantum di 3 milioni di euro per le sei Regioni, prestito di 4 milioni di euro per rinegoziare i debiti) e da misure straordinarie a carico delle singole Regioni.
- Una seconda parte degli interventi – distribuiti nel triennio 2007-2009 – è destinata a mantenere in equilibrio il bilancio sanitario regionale corrente, con la previsione di maggiori entrate (incremento automatico obbligatorio delle aliquote fiscali regionali, ticket regionali) e di minori spese (tagli e manovre di riorganizzazione del servizio sanitario regionale).

Di fronte alla gravissima situazione economico-finanziaria del servizio sanitario delle sei Regioni interessate, i piani di rientro erano indispensabili. Il problema principale era, ed è, evitare che i piani si riducano a mere operazioni ragionieristiche, con sole manovre di riduzione dei costi o di inasprimento fiscale, anziché intervenire sulle cause strutturali dei disavanzi. E poiché, come si è visto, vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e «disorganizzazione», il vero risanamento passa per una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari delle Regioni interessate, in funzione di una maggiore appropriatezza nel garantire i livelli di assistenza ai cittadini. Sotto questo profilo i piani hanno dimostrato dei limiti.

Il problema è oggi ancora più «acuto»: alcune Regioni (Calabria, Puglia e forse Piemonte) nel 2008 rischiano di entrare nel novero delle «Regioni in difficoltà» e quindi di dover approntare i Piani di rientro dal disavanzo sanitario, mentre il governo annuncia la proposta di federalismo fiscale non improntata a criteri solidali. La schematica verifica sui Piani di rientro qui proposta è composta da due parti:

1. la prima parte è riferita al rientro dai *disavanzi pregressi* anni 2001-2005 e anno 2006;
2. la seconda parte è riferita ai *Piani di rientro 2007*. Con un confronto fra le previsioni dei piani e i risultati effettivi (verificati ad aprile 2008[12]). In questa parte, oltre al risultato sul totale, i piani sono stati scomposti in tre categorie di intervento: ricavi da fisco e ticket regionali, ricavi dallo Stato, risparmi conseguiti; in questo modo è possibile valutare il peso di ogni categoria all'interno del piano.

4.1 I Parte - Piani rientro dai disavanzi anni 2000-2005 e anno 2006

Le tabelle 4, 5, 6 illustrano con chiarezza quanto sia pesante l'impegno finanziario a carico delle Regioni per ripianare i disavanzi pregressi, nonostante l'intervento di fondi dallo Stato.
L'ultima legge finanziaria[13] ha stanziato ulteriori fondi per Campania, Lazio, Molise e Sicilia (nove miliardi di euro da restituire in trenta anni) per rinegoziare i mutui, riducendo così l'importo delle rate e cancellando da subito il debito con i creditori. Tuttavia consistenti risorse regionali per diversi anni saranno «bloccate» perché destinate ad estinguere i mutui. Anche ciò rappresenterà uno svantaggio competitivo per queste Regioni nei prossimi anni.

Tabella 4 - Debiti accertati fino al 31 dicembre 2005 e disavanzo anno 2006 (milioni di euro)

Regione	Debito fino al 31.12.2005	Disavanzo Anno 2006	Totale
Abruzzo*	1.760	137+240	2.137
Campania	6.914	750	7.664
Lazio	9.900	1.910	11.810
Liguria	211	102	313
Molise	397	68	465
Sicilia	1.700	970	2.670

* Sono in corso ulteriori accertamenti sull'effettiva consistenza dei debiti pregressi.

Fonte: Ministero della Salute, 2008.

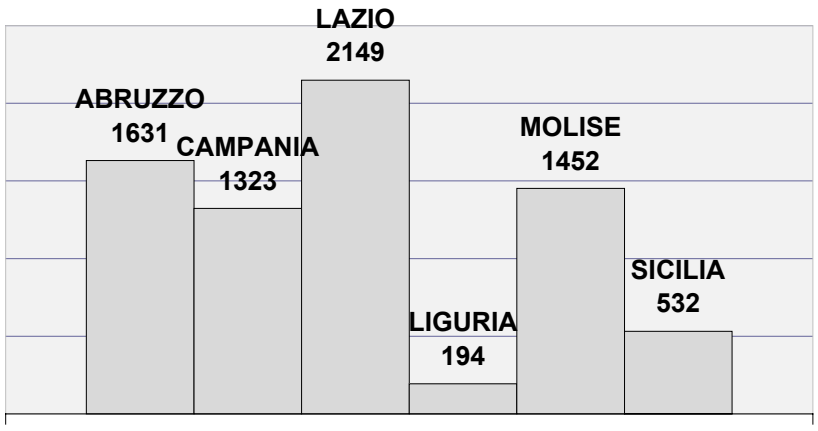
12 *Fonte:* dati Ministero della Salute.
13 Legge 244/2007, art. 2, commi 46-49.

Tabella 5 - Debito pro capite totale dal 2001 al 2006

Regione	Debito pro capite in euro
Abruzzo	1.631
Campania	1.323
Lazio	2.149
Liguria	194
Molise	1.452
Sicilia	532

Fonte: Ministero della Salute, 2008

Figura 4 - Debito pro capite 2001-2006 (euro)



Fonte: elaborazione nostra su dati Ministero della Salute.

4.2 II Parte - Previsioni/risultati Piani di rientro anno 2007

Come si può notare, i Piani di rientro sono stati rispettati per le voci relative ai ricavi (fisco e ticket) mentre i risparmi effettivamente conseguiti sono stati inferiori agli obiettivi, in modo particolare per Abruzzo, Lazio e Sicilia.
Una prima analisi sui risparmi conseguiti (Cgil, 2008) segnala che sono concentrati sulla spesa farmaceutica e su quella per il personale. Meno effetti invece ci sono stati sulla spesa verso accreditati.

Qui tab 6

Qui tab 7

Qui tab 7

4.3 Composizione dei Piani di rientro

Le diverse tipologie di intervento nei piani sono state qui catalogate in tre categorie:

- ricavi da addizionali fisco e da ticket regionali: che ricadono direttamente sui cittadini e sulle imprese della regione;
- ricavi dallo Stato Fondo ripiani ad hoc 2007: previsto dal Patto per la salute come «solidarietà nazionale»;
- risparmi: varie azioni che intervengono direttamente sul servizio sanitario regionale.

La suddivisione nelle tre categorie permette di «vedere» il loro peso nel piano.

Tabella 8 - Composizione dei Piani di rientro anno 2007 (verifica aprile 2008; milioni di euro)

Regione	Stima ricavi Regione Addizionali fisco + ticket = totale	Stima ricavi Stato Fondo ripiani ad hoc 2007 (1000 milioni)	Risparmi stimati verifica aprile 2008
Abruzzo	48 + 12 = 60	47	14
Campania	218 + 44 = 262	355	745
Lazio	733+ 174 = 907	378	296
Liguria	97 + 0 = 97	50	85,2
Molise	23 + 6,5 = 29,5	29	37
Sicilia	287 + 188 = 475	141	302

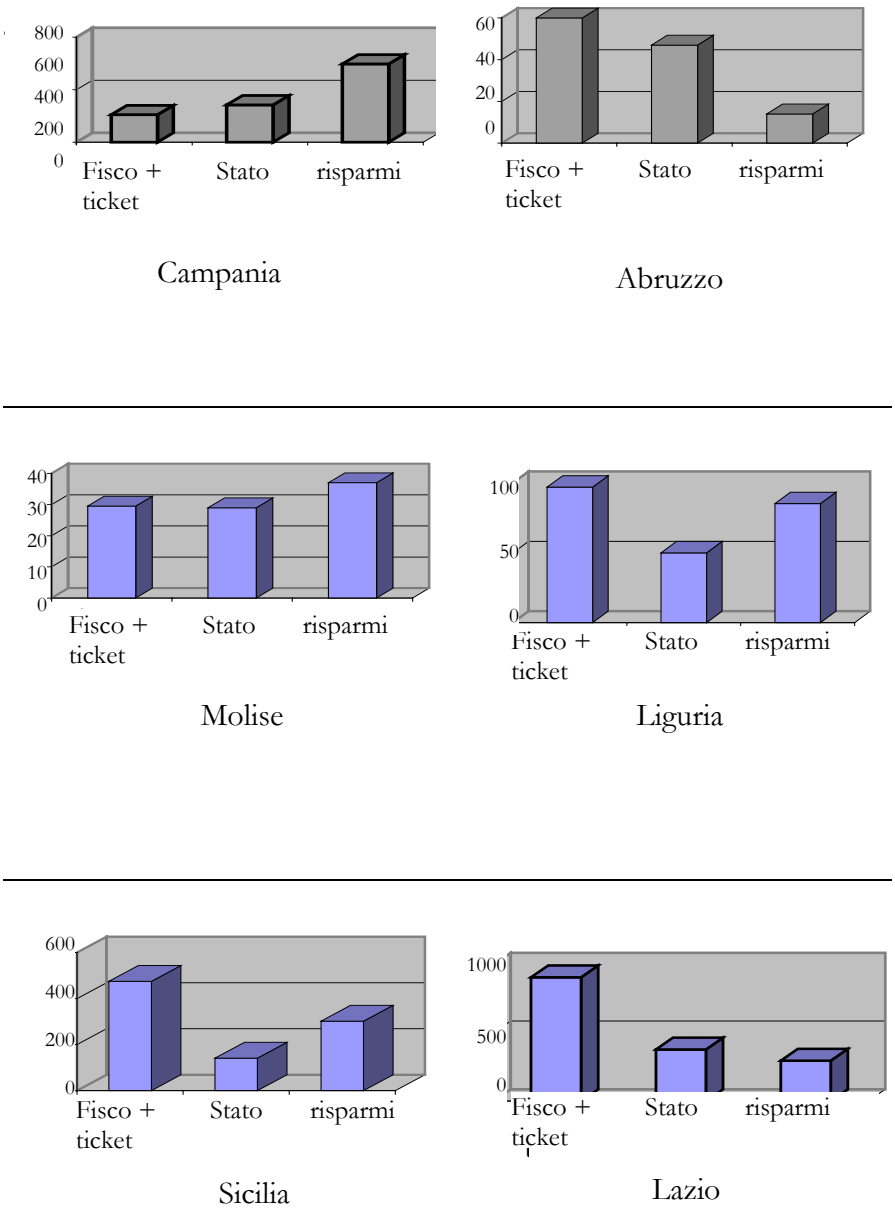
Fonte: elaborazione nostra su Piani di rientro delle singole Regioni.

Nella composizione dei Piani di rientro del 2007 hanno pesato di più le voci relative ai «ricavi» (fisco e ticket) rispetto ai risparmi conseguiti[14] (fig. 5). Ciò significa che sono state rinviate e concentrate nel 2009 e nel 2010 le operazioni strutturali per conseguire risparmi.

L'utilità dei piani è fuori discussione ma si confermano troppo breve la durata triennale e di incerta quantificazione le manovre di risparmio strutturale. Per ottenere effetti duraturi, senza rinunciare agli obiettivi finali, e garantendo i livelli essenziali, occorre rivederne la durata e finalizzare incentivi per sostenere le manovre di riorganizzazione dei servizi sanitari regionali.

[14] Per un'analisi relativa alle tipologie di risparmi che si ritengono capaci di aggredire le cause del disavanzo (ad esempio riconversione ospedaliera, farmaceutica, personale, controllo accreditati) si rinvia allo studio della Cgil sui Piani di rientro (Cgil, 2008).

Figura 5 - Composizione dei Piani di rientro 2007 di alcune regioni italiane



Fonte: elaborazione nostra su Piani di rientro delle singole Regioni.

5. Disavanzo come risultato della disorganizzazione

Il disavanzo non è frutto di un destino avverso. Vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e «disorganizzazione» dell'offerta, segnalato da diversi indicatori sullo stato dei servizi sanitari regionali in disavanzo. Al contrario, nelle Regioni «virtuose» i risultati di bilancio positivi si accompagnano a indicatori che segnalano una migliore organizzazione dei servizi. Una seppur sommaria comparazione fra le diverse Regioni conferma il divario già riscontrato sui risultati economico-finanziari. In questo caso la comparazione è fatta utilizzando alcuni indicatori sull'offerta di prestazioni e sull'organizzazione dei servizi sanitari delle singole Regioni. La scelta di utilizzare alcuni indicatori piuttosto che altri è ovviamente funzionale a illustrare meglio la tesi che i risultati economico-finanziari dipendono molto dalle performance organizzative. Naturalmente tale scelta sconta seri limiti sulla completezza dell'informazione. Tuttavia non si tratta di una forzatura che stravolge la realtà. I dati sono estratti da tre documenti ufficiali del Ministero della Salute[15], nei quali risulta evidente e ricorrente la notevole differenza tra i sistemi sanitari regionali.
Gli indicatori scelti riguardano il profilo erogativo dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza[16], l'appropriatezza e l'inappropriatezza, la spesa verso strutture private accreditate.

5.1 Il profilo erogativo dei Lea

Il primo confronto fra le regioni riguarda il cosiddetto «profilo erogativo» dei Lea. Nelle figure 6 e 7, relative all'assistenza ospedaliera e a quella domiciliare (Ministero della Salute, 2008), è del tutto evidente come in diverse regioni del Centro-Sud vi sia «troppo ospedale e pochi servizi nel territorio», con effetti di distorsione della spesa.

[15] I tre documenti del Ministero della Salute sono: *Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero 2004* (2007a); *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza 2004* (2007b); *Relazione sullo stato sanitario del paese. Anni 2005-2006* (2008).

[16] I Livelli essenziali di assistenza sono le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio sanitario nazionale di cui al d.p.c.m. 29/11/2001 e successive modificazioni. L'art. 117, comma 1, lettera *m*) dispone che si tratta «dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

La figura 6 illustra come nel Centro-Sud sia nettamente più elevato il tasso di ospedalizzazione (regioni caratterizzate dal colore più scuro), ben al di sopra degli standard (180/1.000 abitanti) stabiliti dagli Accordi Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Figura 6 - Tasso di ospedalizzazione per regione (anno 2004)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

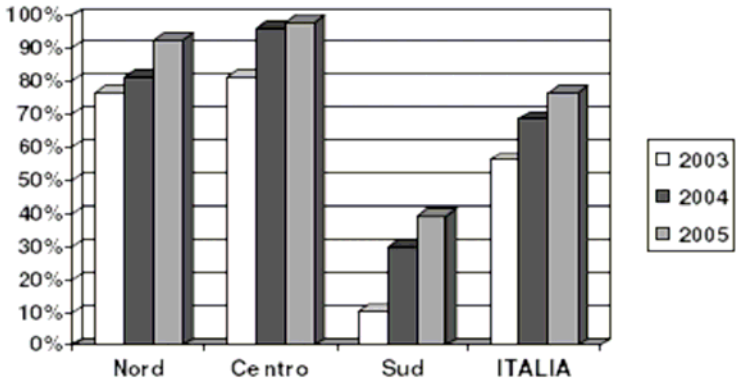
La figura 7 illustra una situazione diversa, dove la diffusione dell'assistenza domiciliare (Adi), rappresentata dal tasso di Adi/100 residenti anziani ultrasessantacinquenni, è molto più elevata al Centro-Nord (regioni caratterizzate dal colore più scuro).
Anche alcuni indicatori sulla diffusione dei Lea della prevenzione (Ministero della Salute, 2008) – qui riferiti agli screening mammografici (figura 8) e colon rettale (figura 9) – confermano il divario Nord-Sud.
In questo caso abbiamo utilizzato un confronto fra le aree del paese – Nord, Centro e Sud – anziché per singole regioni.

Figura 7 - Tasso Adi per 100 anziani ultrasessantacinquenni (anno 2004)



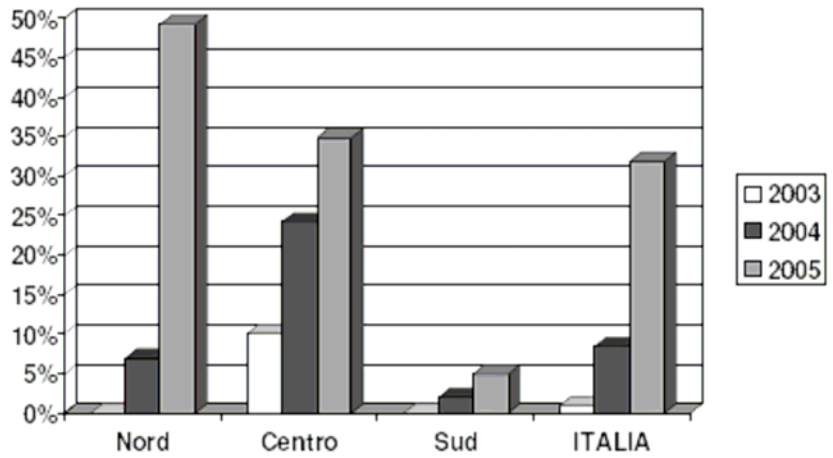
Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Figura 8 - Estensione programmi di screening mammografici per area geografica (survey Osservatorio nazionale screening anni 2003-2005)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

Figura 9 - Estensione dei programmi di screening colonrettale per area geografica (survey Osservatorio nazionale screening anni 2003-2005)



Fonte: Ministero della Salute, 2008.

5.2 Complessità, efficienza e appropriatezza[17]

Nella tabella 9, riferita ad alcuni indicatori di complessità per i ricoveri per acuti, le situazioni migliori (indici superiori al punteggio totale) sono segnalate con sfondo grigio.
La tabella 10 riferita ad alcuni indicatori di efficienza[18], segnala i migliori risultati nelle regioni evidenziate con lo sfondo grigio.

[17] Qui sono stati estrapolati solo alcuni risultati, senza pretesa di completezza, dal Rapporto 2004 del Ministero della Salute sull'attività di ricovero ospedaliero (Ministero della Salute, 2007a). È evidente che per una valutazione rigorosa si rinvia alla lettura integrale del rapporto. In ogni caso esso conferma una forte differenziazione fra le diverse regioni, anche se il gradiente Nord Sud non appare significativo come per altre comparazioni relative ai Livelli essenziali di assistenza.
[18] L'Indice comparativo di performance (Icp) esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata rispetto al *case-mix* (ossia rispetto a specifici valori di riferimento ottenuti considerando l'intera casistica nazionale). In sintesi, un valore di Icp minore di 1 indica un'efficienza operativa superiore rispetto al valore di riferimento, mentre un valore di Icp maggiore di 1 indica un'efficienza operativa inferiore rispetto al riferimento. La durata della degenza media e della degenza pre-operatoria è utilizzata come indice per misurare l'appropriatezza (migliore la più breve).

Tabella 9 - Indicatori di complessità per regione. Ricoveri per acuti - regime ordinario (anno 2004)

Regione	Indice di *case mix*	Peso medio[a]	% Casi complicati[b]
Piemonte	1,12	1,39	29,75
Valle d'Aosta	1,06	1,32	38,69
Lombardia	1,07	1,33	28,11
Prov. aut. di Bolzano	0,91	1,14	24,71
Prov. aut. di Trento	1,01	1,26	33,62
Veneto	1,08	1,34	27,78
Friuli-Venezia Giulia	1,12	1,40	32,21
Liguria	1,12	1,39	36,81
Emilia-Romagna	1,08	1,35	32,37
Toscana	1,14	1,42	34,24
Umbria	1,05	1,30	28,85
Marche	1,03	1,28	30,53
Lazio	0,97	1,20	25,47
Abruzzo	0,91	1,13	27,76
Molise	0,92	1,15	31,64
Campania	0,88	1,10	22,37
Puglia	0,90	1,12	27,21
Basilicata	0,95	1,18	29,03
Calabria	0,85	1,06	26,48
Sicilia	0,91	1,13	27,19
Sardegna	0,87	1,08	25,12
Totale	*1,00*	*1,24*	*28,10*

[a] Valori determinati utilizzando i pesi d.m. 30/06/1997.
[b] I casi complicati vanno valutati con prudenza perché più esposti al rischio dei cosiddetti comportamenti «opportunistici».
Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

La tabella 11 contiene cinque indicatori di efficacia e appropriatezza dei ricoveri ospedalieri:

- la % di parti cesarei sul totale dei parti, che in tutta Italia supera ampiamente la soglia indicata dall'Oms;
- la % di dimessi con diagnosi (Drg) medica sul totale dimessi da reparti chirurgici, che rappresenta un indicatore *proxy* dell'appropriato utilizzo di questi reparti rispetto alla casistica trattata;
- il tasso di ricovero per 1.000 abitanti per asma, diabete e scompenso cardiaco.

Tabella 10 - Indicatori di efficienza per regione. Ricoveri per acuti; regime ordinario (anno 2004)

Regione	Degenza media	Degenza media pre-operatoria	Indice comparativo di performance
Piemonte	8,0	2,0	1,07
Valle d'Aosta	8,6	2,1	1,06
Lombardia	6,4	1,7	0,97
Prov. aut. di Bolzano	6,8	1,6	1,05
Prov. aut. di Trento	7,7	1,7	1,08
Veneto	7,9	2,0	1,08
Friuli-Venezia Giulia	7,5	1,4	1,02
Liguria	7,9	2,6	1,02
Emilia-Romagna	6,6	1,9	0,94
Toscana	7,5	2,2	0,99
Umbria	6,4	2,1	0,93
Marche	6,9	1,6	1,01
Lazio	7,4	2,9	1,11
Abruzzo	6,0	1,8	0,96
Molise	7,0	2,3	1,09
Campania	5,5	2,3	0,93
Puglia	6,0	2,1	0,99
Basilicata	6,7	2,6	1,02
Calabria	6,1	2,0	1,01
Sicilia	5,7	2,0	0,92
Sardegna	6,6	2,2	1,07
Italia	6,7	2,1	1,00

Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

Anche in questo caso sono segnalate con sfondo grigio le situazioni migliori rispetto alla media nazionale. Il divario tra le regioni è qui confermato. Sono informazioni indirette sulla qualità dell'assistenza distrettuale quelle riferite ai «ricoveri prevenibili per alcune patologie» (Ministero della Salute, 2007b): per asma, diabete e scompenso cardiaco, che misurano indirettamente la risposta dell'offerta territoriale a queste patologie che richiederebbero, e solo in casi selezionati, il ricovero in ospedale. È così possibile valutare anche l'accessibilità dell'assistenza distrettuale. Nel caso dei ricoveri per asma e diabete è evidente una maggiore tendenza al ricorso all'assistenza ospedaliera nelle regioni del Sud del paese; vi è quindi un utilizzo improprio della struttura ospedaliera, che può riflettere le carenze organizzative dei servizi territoriali e dell'integrazione fra ospedale e territorio. Per lo scompenso cardiaco le differenze geografiche vedono la situazione di maggiore inappropriatezza nelle regioni centrali.

Tabella 11 - Indicatori di efficacia e appropriatezza per regione. Ricovero per acuti (anno 2004)

Regione	% Parti cesarei sul totale parti	% Dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dimessi da reparti chirurgici	Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti	Ricoveri per asma per 100.000 abitanti	Ricoveri per scompenso cardiaco per 100.000 abitanti
Piemonte	31,90	29,73	63,93	27,56	231,60
Valle d'Aosta	27,42	40,23	28,68	18,03	297,44
Lombardia	27,34	29,56	103,54	43,21	303,56
Prov. aut. di Bolzano	23,01	42,06	123,40	47,49	302,14
Prov. aut. di Trento	28,15	41,82	104,31	25,87	297,05
Veneto	28,61	34,04	110,06	35,99	343,92
Friuli-Venezia Giulia	23,11	29,27	72,61	15,77	522,87
Liguria	32,39	38,51	87,42	46,15	402,54
Emilia-Romagna	30,96	27,55	87,88	28,94	409,02
Toscana	26,10	36,03	62,48	28,69	419,06
Umbria	31,67	40,22	95,99	47,76	361,67
Marche	35,36	30,21	60,67	34,89	459,26
Lazio	39,37	36,48	118,71	43,28	301,49
Abruzzo	40,59	45,61	127,07	51,56	345,28
Molise	49,20	38,71	142,06	52,53	525,03
Campania	59,02	45,05	93,62	54,65	233,06
Puglia	45,94	43,05	163,85	47,17	278,62
Basilicata	50,45	46,45	137,35	40,03	328,14
Calabria	43,27	49,32	138,17	38,23	338,23
Sicilia	50,49	47,19	192,35	54,30	315,13
Sardegna	39,33	43,04	121,05	57,64	226,40
Italia	37,83	37,39	110,26	41,60	321,58

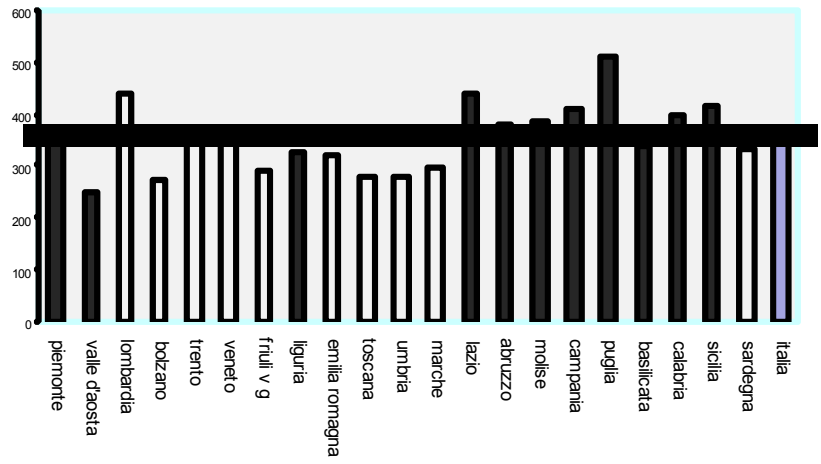
Fonte: Ministero della Salute, 2007a.

5.3 La spesa verso strutture private accreditate

Il grafico che segue (figura 10) illustra la spesa verso accreditati sostenuta dalle singole Regioni (anno 2006). Si può notare come tutte le Regioni con disavanzi (istogrammi scuri), soprattutto quelle impegnate nei piani di rientro, abbiano in comune una spesa verso strutture convenzionate superiore alla «media nazionale» (indicata dalla linea orizzontale). Tra le Regioni virtuose (istogrammi chiari), invece, solo la Lombardia e il Veneto hanno una spesa verso privati più alta della

media nazionale. Nel caso delle Regioni in disavanzo si può supporre che sia mancata una regolazione rigorosa delle strutture accreditate, presente invece nelle Regioni virtuose.

Figura 10 - Spesa verso privati/disavanzi



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2006.

Il «sospetto» che vi sia un legame fra disavanzi e mancata regolazione degli accreditati si accentua leggendo i Piani di rientro dal disavanzo delle Regioni[19], nei quali si riscontra come la regolazione degli accreditati sia ritenuta una delle fonti di risparmio più importante.
La regolazione degli accreditati è indispensabile, perché il produttore, se non è «costretto» da vincoli prestabiliti, non tende spontaneamente ad erogare le prestazioni più appropriate; e anzi senza precisi indirizzi e vincoli di programmazione pubblica vi è il rischio di alimentare i cosiddetti «comportamenti opportunistici» e di non controllare la spesa.
Per quanto parziale, la comparazione fra le diverse Regioni fin qui illustrata conferma che il divario non c'è «solo» sui risultati economico-finanziari ma riguarda la qualità del funzionamento del Servizio sanitario nazionale, la diffusione dei Lea e l'appropriatezza dell'offerta.

[19] Vedi i Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

6. Un federalismo che unisce

In una situazione così squilibrata, adottare un federalismo «differenziato», che dovesse sancire il divario, vorrebbe dire abrogare di fatto il principio di uguaglianza fra tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti sociali e civili. Questo sarebbe l'effetto del modello proposto dalla Regione Lombardia[20] (su cui c'è stata l'astensione del centrosinistra), di cui si tralascia il dettaglio, rinviando alle simulazioni su «chi ci perde e chi ci guadagna»[21].
Al contrario, un federalismo «che unisce», capace di tenere insieme autonomia nelle responsabilità e uguaglianza nei diritti, può essere un'occasione per unire un paese diviso e diseguale. Questo potrebbe essere l'effetto del modello – per quanto emendabile e perfettibile – ipotizzato nel disegno di legge del Governo Prodi ma anche di quello prospettato nello stesso documento approvato all'unanimità dalla Conferenza delle Regioni[22].
Capisaldi di questo federalismo «che unisce» sono il finanziamento integrale del fabbisogno per garantire i livelli essenziali (in tutto il territorio nazionale) e il fondo di perequazione, adeguato a questo scopo, per le Regioni con minori capacità fiscali (in base all'art. 119 della Costituzione).

6.1 Il federalismo «che unisce» è esigente

Ma anche nell'ipotesi che si dovesse attuare il federalismo «che unisce», per le aree del paese più deboli l'impresa sarà ardua.
Infatti, tutte le proposte sull'attuazione del federalismo fiscale prevedono un fondo di perequazione, necessario a compensare le minori capacità fiscali di alcune Regioni per assicurare il finanziamento integrale di fabbisogni, escludendo così il ripiano dei disavanzi (il fondo interviene solo *ex ante*). Su questo punto il documento delle Regioni è

[20] Vedi la Risoluzione del 3/04/2007 e la «Proposta di legge al Parlamento sul federalismo fiscale», approvata il 19 giugno 2007 dal Consiglio regionale della Lombardia.
[21] Conferenza delle Regioni e Province autonome, vedi www.regioni.it, «news», 12 maggio 2008.
[22] Conferenza delle Regioni e Province autonome, 7 febbraio 2007, «Documento sul federalismo».

stato chiarissimo[23]. Inoltre, al posto della spesa storica, che ha condizionato fino ad oggi la determinazione dei fabbisogni regionali e locali (anche in ragione della mancata applicazione del d.lgs. 56/2000), il fabbisogno per i livelli essenziali sarà finanziato integralmente sulla base di costi standard.

Per rientrare nei costi standard le Regioni meno virtuose saranno costrette ad uno sforzo enorme. Tanto più se, come è giusto che sia, vengono prese a riferimento le esperienze «migliori» (con una sorta di *benchmark* sul costo dei Lea) per determinare gli standard. Per questo è indispensabile prevedere un periodo di transizione, per passare dal riferimento alla spesa storica ai costi standard.

Anche con il federalismo buono il divario potrebbe accentuarsi. Infatti, le Regioni più virtuose hanno mantenuto in equilibrio i bilanci con intensi processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari o sociali durati alcuni anni (e che sono ancora in corso). E non hanno fatto ricorso solo a risorse proprie o alla leva fiscale. In molti casi, come abbiamo visto, non disponevano di un finanziamento pro capite superiore alle Regioni «meno virtuose».

Come si è visto, guardando proprio alle Regioni più virtuose, i processi di riorganizzazione devono affrontare quattro principali nodi critici:

- il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera;
- il potenziamento dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare);
- l'integrazione fra ambito sociale e sanitario;
- il governo degli accreditamenti.

Si tratta di questioni delicate, che investono le concrete condizioni di lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali. Ad esempio, proprio attorno alla riconversione della rete ospedaliera, in molte Regioni sono sorti comitati locali a difesa di piccoli ospedali, spesso contro ogni logica di appropriatezza e persino di sicurezza clinica. Tuttavia, dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di riconversione, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico-finanziari.

Si accentua dunque enormemente la responsabilità in capo alle singole Regioni e ai Comuni, e per questo occorre una potente dose di «buona amministrazione» (e di buona politica) nelle pratiche regionali e locali.

[23] *Ibidem*.

7. Regia nazionale e federalismo

La «buona amministrazione» e i processi di riorganizzazione nei livelli regionali e locali sono senza dubbio decisivi per ridurre il divario e favorire una diffusione uniforme dei livelli essenziali in tutto il territorio nazionale, come prescrive la Costituzione. Ma da soli non bastano, devono comunque essere sostenuti da una «regia nazionale», con un sistema di garanzie, condiviso dai diversi attori istituzionali.

Ciò significa mantenere un *livello nazionale di coordinamento e verifica sui livelli essenziali*, in cui «la Repubblica» si occupi dell'effettiva uguaglianza dei cittadini di fronte ai diritti sociali[24]. Naturalmente è una questione delicatissima che non investe solo la funzione delle Conferenze Stato-Regioni e Unificata ma chiama in causa l'istituzione della Camera delle autonomie locali.

In realtà, la funzione di garanzia sulla effettiva diffusione dei livelli essenziali è questione affrontata da tempo ma irrisolta in sanità; dove ha faticato ad affermarsi un ruolo esplicito – e quindi con poteri sostitutivi in caso di inadempienze regionali – da parte dello Stato. Le prime esperienze si stanno realizzando nelle Regioni impegnate con i Piani di rientro dai disavanzi.

Dopo la riforma del titolo V della Costituzione, in presenza di un sistema sanitario già fortemente decentrato e con ampi poteri regionali, quasi tutte le decisioni su provvedimenti validi per tutto il territorio nazionale sono diventate oggetto di Intese fra Stato e Regioni.

In particolare, sull'entità, sul riparto delle risorse finanziarie e sui conseguenti interventi nei confronti delle Regioni con disavanzi, sono state stipulate importanti Intese.

Le diverse Intese sottoscritte dall'8 agosto 2001 in poi, (in particolare quelle del 23 marzo 2005 e del 26 ottobre 2006 – «Patto per la Salute») sono state condizionate da una «formidabile pressione» per contenere la crescita della spesa, in ragione dell'esigenza di abbattere il debito pubblico e di rispettare il patto di stabilità con l'Ue. E sono

[24] Peraltro, l'art. 120, comma 2, Cost., consente all'ordinamento giuridico nazionale di garantire l'unità giuridica complessiva, laddove prevede che «il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province o dei Comuni […] ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali».

state tutte l'esito di un duro contenzioso, prima fra le Regioni e poi tra queste e il governo, su quanto debba essere finanziato con *accordo nazionale* e quanto sia a carico delle singole Regioni. Il contenzioso è stato aspro, visto che il differenziale fra finanziamento e spesa è stato consistente in questi anni. Tutte le Intese hanno puntato ad una maggiore responsabilità delle singole Regioni, anche sul governo della spesa. Con l'Intesa del 23 marzo 2005 si è cercato di affiancare al doveroso controllo sulle performance economico-finanziarie regionali, strumenti di verifica sull'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. In seguito all'Intesa, con decreto del ministro della Salute, è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, con compiti espliciti e assai impegnativi: «Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale per gli anni 2005, 2006 e 2007. L'impegno assunto tra Stato e Regioni garantisce il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal Servizio sanitario nazionale. Sono proprio l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza i punti cardine sui quali si fonda, nell'intesa, il procedimento di verifica degli adempimenti da rispettarsi per accedere alle maggiori risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale, ma, nello stesso tempo, questi punti costituiscono gli strumenti per il governo condiviso tra Stato e Regioni del Sistema sanitario nazionale nell'interesse dei cittadini. In questo quadro è stata prevista l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, che è stato costituito con decreto del ministro della Salute del 21 novembre 2005.

«Al Comitato è affidato infatti il compito di verificare che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, avvenga nel rispetto di condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione per il Servizio sanitario nazionale, nonché di verificare che vi sia congruità tra le prestazioni da erogare e le medesime risorse. L'Intesa specifica che l'attività del Comitato, che si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, si svolge sulla base delle informazioni del sistema di monitoraggio e garanzia del Servizio sanitario nazionale di cui al decreto ministeriale del 12 di-

cembre 2001 e dei relativi flussi informativi afferenti al Nuovo sistema informativo sanitario»[25].
Il Patto per la salute del 2006 ha ulteriormente posto l'accento sull'esigenza di verificare l'effettiva erogazione dei Lea, ma ancora una volta il problema è come far sì che gli adempimenti a carico delle Regioni, oggi molto stringenti sugli aspetti economico-finanziari, siano capaci di incidere sull'appropriatezza del profilo erogativo dei Lea e favorirne la diffusione uniforme.

8. Federalismo e uniformità dei livelli essenziali

Garantire eguale opportunità di accedere ai livelli essenziali a tutti i cittadini è importante su scala nazionale ma anche di fronte all'esigenza di superare gli squilibri che esistono all'interno delle singole regioni.
Un modo per rendere maggiormente esigibili i Lea, è farne oggetto di misurazione e quindi di comparazione fra diverse esperienze.
Come si diceva, un'occasione è quella fornita dall'esigenza di definire i «costi standard» che verranno presi a riferimento per determinare il valore economico delle prestazioni, per poter così abbandonare il legame fra fabbisogno e spesa storica.
Naturalmente, anche se diverse prestazioni sono già oggi «tariffate» (si pensi ai Drg), non è facile individuare standard condivisi, qualitativi e non solo quantitativi. Ancor più per prestazioni non standardizzabili facilmente, come ad esempio quelle ad alta integrazione con il sociale (non autosufficienza, salute mentale, area materno-infantile), per le quali «prodotto e processo» a volte coincidono. In questo senso, più che costruire «a tavolino» dei costi che rischiano di essere virtuali, può essere opportuno adottare come standard quelli delle migliori pratiche[26] riscontrabili a livello nazionale, con una sorta di *benchmark* dinamico, che costringe oltretutto ad una manutenzione continua.

[25] Ministero della Salute - Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, 14 febbraio 2006, «Documento di individuazione dei compiti del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005».
[26] Questo era previsto nel Patto per la salute.

Proprio su come superare la spesa storica facendo riferimento a costi standard, la discussione è vivace. C'è chi addirittura lo ritiene un'inutile esercizio destinato a fallire, perché già previsto da alcuni anni ma mai attuato (lo prevedevano esplicitamente il d.lgs. 229/1999 e il d.lgs. 56/2000).

Tuttavia attribuire un valore economico alle prestazioni è indispensabile. Non dimenticando che serve anche per remunerare i produttori accreditati, evitando così il ricorso a costi imposti dalla logica del massimo ribasso.

Definire i costi standard non è sufficiente a garantire un finanziamento appropriato ed equo. Bisogna correlare l'entità necessaria alle singole Regioni in base al quadro epidemiologico, demografico, sociale e quindi a criteri di appropriatezza. Su questo aspetto la discussione è già più complicata: basti pensare alle difficoltà sorte quando, nel determinare i criteri di riparto del fondo sanitario tra le Regioni, si è tentato di utilizzare la «quota capitaria ponderata» (che avrebbe dovuto riconoscere, ad esempio, un maggior finanziamento alle Regioni con più anziani).

Un'altra criticità per l'esigibilità dei Lea è la carenza di indicatori di offerta e standard qualificanti di riferimento, validi per tutto il territorio nazionale. Qualche indicatore è stato definito per l'assistenza ospedaliera (ad esempio il tasso di ospedalizzazione è fissato al 180/1.000 abitanti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) o per alcune vaccinazioni (fissando l'obbligo di copertura vaccinale per target di popolazione). Ma per gran parte delle prestazioni e dei servizi che compongono i Lea, indicatori e standard, quando esistono, sono definiti a livello regionale.

La Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea[27] afferma: «gli attuali Livelli hanno un forte limite, rappresentato dall'assenza di standard di quantità; se non si dispone di uno standard condiviso, si corre il rischio che i finanziamenti non tengano conto di standard regionali diversi». E ancora: «mancano dati di qualità univoci. Bisogna cominciare a individuare e a raccogliere i dati per poter definire lo standard medio di servizi a cui le Regioni si debbono riferire». Successivamente, la stessa Commissione ha licenziato due importanti documenti sulle prestazioni socio-sanitarie per la non autosufficienza,

[27] I materiali prodotti dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza si trovano sul sito http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezOrgani.jsp?id=118&label=tma

che si concludono proponendo indicatori di offerta e standard qualificanti dei servizi, anche in funzione della determinazione dei costi. Su questo tema degli indicatori per i Lea, di grande importanza è il lavoro svolto con il Progetto «Mattoni del Ssn». Anche in questo caso vale quanto detto per i costi standard, circa l'utilità di far adottare alle migliori pratiche riscontrabili nel territorio nazionale.

Infine, tema troppo spesso trascurato, bisogna misurare e valutare i risultati.

A questo scopo dopo il d.lgs. 56/2000 e il d.p.c.m. del 2001 sui Lea, è stato definito un primo set di indicatori e di parametri di riferimento per l'erogazione uniforme dei Lea (decreto del Ministro della Salute del 12/12/2001). Successivamente è stato istituito il richiamato «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse».

Inoltre, ogni anno, sempre in forza dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la verifica, relativa al rispetto degli adempimenti posti a carico delle Regioni per accedere al finanziamento, viene effettuata tramite un apposito questionario sul «profilo erogativo dei Lea», che le Regioni sono tenute a compilare. Il questionario, pur notevolmente perfezionato nel corso degli anni, risente dei limiti degli indicatori definiti con il d.m. 12/12/2001. Per questo oggi serve una revisione, per definire indicatori più capaci di misurare i risultati del Ssn e l'impatto degli altri determinanti di salute. Si tratta di far crescere ovunque la cultura delle verifica dei risultati, ad esempio – sembra incredibile ma oggi non è così – rendendo obbligatorio in tutti gli atti di programmazione, nazionale, regionale e locale, indicare i risultati attesi. Interessante a questo proposito è l'esperienza della Regione Toscana[28].

8.1 I Comuni

Vale la pena di concludere segnalando che nelle proposte più accreditate sul federalismo non sembra trovare spazio adeguato il ruolo dei Comuni[29]. Per le politiche socio-sanitarie non è cosa irrilevante. È vero che occorre superare decisamente la frammentazione, obbligando i piccoli Comuni ad agire in modo associato, ma non si può sostituire il

[28] Il sistema di valutazione della performance della sanità in Toscana – report 2006 ed. Ets, 2007.

[29] Vedi anche Conferenza programmatica Anci 2008.

centralismo dello Stato con un neo-centralismo delle Regioni. La domanda di salute e di cure si va caratterizzando sempre più per l'inestricabile rapporto fra bisogni sociali e bisogni sanitari (emblematico è il caso della non autosufficienza). Di fronte a questa nuova realtà bisogna superare l'attuale rigida separazione istituzionale fra assistenza sociale e sanitaria. È per questo motivo che diventa ineludibile il coinvolgimento attivo dei Comuni in un ruolo che sia realmente incisivo e di responsabilità.

Ciò dovrebbe suggerire una qualche riflessione anche a proposito della partecipazione democratica e dell'esigenza di ridurre le distanze fra cittadini e i luoghi della decisione politica.

Riferimenti bibliografici

Anci Conferenza programmatica 2008, *I Comuni per il rinnovamento della Repubblica. le riforme che servono*, relazione del 26 giugno.

Cerm – Competitività Regolazione Mercati, 2008, *La sanità in Italia – tra federalismo, regolazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche*, Rapporto CERM n. 1-2008, a cura di Pammolli F., Nicola C., Salerno.

Cgil – Dipartimento Welfare, 2008, *Sanità: i piani di rientro dai disavanzi regionali*, dattiloscritto.

Conferenza delle Regioni e province autonome, www.regioni.it, «news», 12 maggio 2008.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2007, *Relazione generale sulla situazione economica del paese 2006*, vol. II.

Ministero della Salute, 2007a, *Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero 2004*.

Ministero della Salute, 2007b, *Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza 2004*.

Ministero della Salute, 2008, *Relazione sullo stato sanitario del paese. Anni 2005-2006*.

Laboratorio Management e Sanità (MeS) e Regione Toscana, 2007, *Il Sistema di valutazione della performance della sanità toscana - Report 2006,* ed. Ets.

Centro studi Unioncamere, 2007, rapporto Unioncamere 2007, Retecamere.

Tabella 6 - Sintesi delle manovre previste per azzerare i disavanzi pregressi fino al 31 dicembre 2005 (milioni di euro)

Regione	Ricavi da previsione scongelamento fondi Stato 2001-2005*		Ricavi da previsione riparto 3 miliardi Stato Legge 64/2007	Ricavi da fisco regionale 2006	Previsione altre risorse proprie regionali	Mutui per disavanzi fino a 2005 valore rata (milioni euro) × anni
	(Integrazione finanziamento indistinto vari anni)	Quota ripiani disavanzi anni pregressi				
Abruzzo	529	123	144	136 + 10 una tantum		rate da 53 a 98 × 15
Campania	932	556	363	218	0	170 × 30 38 × 30 (Stato)
Lazio	1.472	230	2.079	737	25 cartolarizzazione	310 × 30 (Stato)
Liguria	163	42	0	97	53 + 120 dismissione patrimoni	210 totale
Molise	158	30	202	23		6 × 30 (Stato)
Sicilia	833	206	212	287 + 87 bollo auto		84 × 20

* Parte del Fondo sanitario spettante alla Regione che era stato «congelato», cioè assegnato ma non erogato, per il mancato rispetto degli adempimenti previsti dagli Accordi Stato-Regioni 2001 e 2005 per l'equilibrio economico-finanziario dei Ssr.

Tabella 7 - Obiettivi dei Piani di rientro e risultati effettivi 2007 (milioni di euro)

Regione	Obiettivo del Piano	Risultato effettivo del Piano	Differenza tra previsione del Piano e risultato effettivo
Abruzzo	93 addizionali fisco regionale 12 ticket regionali 47 fondo Stato 57 risparmi Totale 209	48 addizionali fisco regionale 12 ticket regionali 47 fondo Stato 14 risparmi Totale 121	- 43 minori risparmi - 45 quota addizionale fiscale utilizzata anziché per ridurre deficit 2007 per coprire mancata ristruttura-zione del debito pregresso
Campania	218 addizionali fisco regionale 44 ticket regionali 355 fondo Stato 826 risparmi Totale 1.443	218 addizionali fisco regionale 44 ticket regionali 355 fondo Stato 745 risparmi Totale 1.362	- 81 minori risparmi (usati per coprire sopravvenien-ze passive anni 2005 e precedenti)
Lazio	737 addizionali fisco regionale 174 ticket regionali 378 fondo Stato 788 risparmi Totale 2.077	733 addizionali fisco regionale 174 ticket regionali 378 fondo Stato 296 risparmi Totale 1.581	- 4 minori addizionali fisco - 492 minori risparmi

segue *Tabella 7*

Regione	Obiettivo del Piano	Risultato effettivo del Piano	Differenza tra previsione del Piano e risultato effettivo
Liguria	97 addizionali fisco regionale 0 ticket regionali 50 fondo Stato 85,2 risparmi Totale 232,20	97 addizionali fisco regionali 0 ticket regionali 50 fondo Stato 85,2 risparmi Totale 232,20	0
Molise	23 addizionali fisco regionali 6,5 ticket regionali 29 fondo Stato 46,4 risparmi Totale 104,9	23 addizionali fisco regionale 6,5 ticket regionali 29 fondo Stato 37 risparmi Totale 95,5	- 9,4 minori risparmi
Sicilia	287 addizionali fisco regionale 188 ticket 141 fondo Stato 302 risparmi Totale 918	287 addizionali fisco regionale 188 da bilancio 141 fondo Stato 302 risparmi Totale 918	0

Fonte: Ministero della Salute, aprile 2008.

RPS

L'Italia delle Regioni

Governance regionali: modelli e stime di performance

Emmanuele Pavolini

Negli ultimi trent'anni l'Italia ha conosciuto un processo di decentramento dei poteri di regolazione e di gestione delle politiche sociali dal livello statale a quello sub-nazionale, spesso regionale. Partire dall'analisi del welfare regionale è utile, oltre che per analizzare una dimensione importante degli assetti di protezione sociale (gran parte della spesa sanitaria è gestita a questo livello e una parte consistente delle risorse e della regolazione nel campo delle altre politiche sociali passa per l'ente Regione), anche per comprendere più in generale le modalità con cui si stanno trasformando i sistemi politici e socio-economici regionali. Sistemi di welfare pubblico più territorizzati e costruiti maggiormente attorno al livello di governo sub-nazionale pongono con più rilevanza però, in un paese quale l'Italia già fortemente caratterizzato in tal senso, il problema delle differenziazioni e delle disuguaglianze territoriali. L'articolo – avviando un percorso sperimentale di analisi – considera i livelli di «performance» dei sistemi di welfare regionale provando a identificare i fattori esplicativi e a valutare il ruolo di dimensioni quali l'orientamento politico, i modelli di governance, il livello di sviluppo economico e gli aspetti socio-culturali, come ad esempio il «capitale sociale».

1. Introduzione

Nell'ultimo trentennio si è assistito in Italia e, più in generale, in gran parte d'Europa ad un processo di delega e di decentramento dei poteri di regolazione e di gestione delle politiche sociali dal livello statale a quello subnazionale, spesso regionale (Norton, 1997).

Sono individuabili almeno due fasi di tali processi di decentramento (Ferrera, 2005). Una prima, tipica degli anni '70 ed '80, si caratterizza per una *ratio* in base alla quale il decentramento, da un lato, è spiegabile quale strategia per alleggerire il «sovraccarico» di competenze da parte dello Stato, a seguito dell'espansione delle politiche sociali, dall'altro, è interpretabile all'interno di dinamiche di carattere politico-istituzionale, quali l'implementazione di specifiche clausole costituzio-

nali (l'Italia si è collocata in questa situazione) o la domanda crescente di democrazia e di partecipazione da parte dei territori.
Una seconda fase dei processi di decentramento politico, che emerge a partire dagli anni '90 e prende forza nel tempo, si pone più obiettivi di efficienza microeconomica, trasferendo i principali poteri di programmazione e di organizzazione dei servizi, e anche, parzialmente, le responsabilità di carattere finanziario sulle Regioni.
Dato questo quadro, lo studio dei welfare regionali appare centrale all'interno degli studi sulle politiche regionali e sul welfare per una serie di ragioni.
Il primo motivo concerne il fatto che i sistemi di welfare, anche in Italia, nell'ultimo trentennio sono stati sottoposti ad un doppio processo di trasformazione. Da un lato, è aumentata l'attenzione, in un paese fortemente carente sotto tale profilo, verso i servizi (territoriali), rispetto ad un welfare tradizionalmente strutturato attorno ai trasferimenti: i processi di «attivazione» dei beneficiari richiedono spesso un mix di risorse finanziarie e di servizi assicurabili solo in prossimità agli utenti. Dall'altro, i processi di regionalizzazione del welfare pubblico (a partire dagli anni '70) e in particolare di federalismo regionale (dalla seconda parte degli anni '90), a cui si è appena accennato, pongono crescentemente l'istituzione Regione al centro degli assetti e delle politiche sociali: attualmente circa l'80-90% dei bilanci regionali è destinato ad interventi di welfare, sia gestiti direttamente (la sanità, che da sola rappresenta in media quasi l'80% dei fondi regionali), che indirettamente (ad esempio i servizi sociali affidati ai Comuni e le politiche del lavoro e la formazione di competenza delle Province). Inoltre il processo di integrazione europeo, come quello di globalizzazione, offrono più spazio ai governi regionali (si veda il saggio di Keating, *infra*).
Se le Regioni hanno importanti ruoli di regolazione in una molteplicità di settori, che esulano dal welfare, è quindi a quest'ultimo comparto che esse dedicano gran parte delle proprie risorse finanziarie a disposizione. Ciò rende lo studio dei welfare regionali importante per una seconda ragione, forse meno ovvia: l'analisi delle politiche sociali a questo livello è estremamente interessante per comprendere più in generale il funzionamento dell'ente regionale e le sue trasformazioni nell'ultimo quindicennio in Italia, così come le trasformazioni nei rapporti centro-periferia. In particolare il governo del welfare può diventare una fonte rilevante per la creazione o per il rafforzamento della legittimità e della forza istituzionale delle Regioni. Le politiche sociali si possono configurare come elemento essenziale per l'affer-

mazione di un processo di *regional building* (Banting, 1997), sia in termini identitari (le Regioni in molte aree d'Italia sono state tradizionalmente percepite come soggetti più deboli dei «Comuni» o dello «Stato»), che in termini di luogo di creazione di potere. Giocarsi, in maniera forte e con un processo di comunicazione mirato e preciso, un profilo regionale, a partire dalle politiche sociali, è stata già una scelta esplicita negli anni '70 e '80 nelle Regioni «rosse»: il vessillo del forte investimento sul welfare territoriale veniva visto in queste realtà governate dal Pci, anche in un'ottica nazionale, come modalità per affermare una forma di gestione della società e della *res publica* alternativa (e considerata migliore) a quella prevalente a livello nazionale (Fargion, 1997). Con gli anni '90 e il passaggio crescente di funzioni a livello regionale, questa idea del welfare, quale mezzo per proporre un modello societario regionale più generale, è stata raccolta anche da altre Regioni, con orientamenti culturali-politici anche differenti. Il caso più eclatante, e di cui si discuterà nelle prossime pagine, è quello della Lombardia: sotto la presidenza Formigoni il welfare ha assunto un ruolo di «proclamazione» del disegno di società lombarda (scelta, libertà, mercato, ecc.), che la maggioranza di governo regionale aveva in mente, disegno che parte ed è esemplificato nelle scelte di politica sociale, ma mira ad affermare un modello societario che tocca anche gli altri aspetti principali della vita regionale.

Partire dall'analisi del welfare regionale è quindi utile per comprendere più in generale le modalità con cui si stanno trasformando i sistemi politici e socio-economici regionali (non va ad esempio dimenticato come l'occupazione in servizi territoriali di welfare, dai servizi sociali alla sanità e alla formazione, sia spesso rilevante sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo).

Sistemi di welfare pubblico più territorializzati e costruiti maggiormente attorno al livello di governo sub-nazionale pongono con più rilevanza però, in un paese quale l'Italia già fortemente caratterizzato in tal senso, il problema delle differenziazioni e delle disuguaglianze territoriali. Se il welfare locale può essere letto come meccanismo di integrazione sociale e anche, sempre più, quale potenziale forma di «investimento sociale» (Esping-Andersen, 2002), in un'ottica di competizione territoriale globale, le Regioni più in difficoltà, come domanda sociale e come capacità di risposta del sistema economico-istituzionale, rischiano di accumulare ulteriori ritardi.

Complessivamente le riflessioni svolte in queste pagine introduttive ci portano a formulare le seguenti domande:

i) Come si distribuiscono le Regioni italiane in termini di rendimento nelle principali politiche di welfare?
ii) Stiamo andando verso 21 sistemi di welfare differenti?
iii) A quali fattori attribuire le eventuali differenze fra i rendimenti dei welfare regionali?
iv) Quale è il rapporto fra rendimenti dei sistemi di welfare regionali e modelli di governance degli stessi?

I prossimi paragrafi sono dedicati ad investigare, talvolta in un'ottica esplorativa, questi interrogativi, a partire dalla rilettura ed elaborazione di una serie di studi, condotti in questi anni, nei vari settori del welfare regionale italiano.

2. Il rendimento istituzionale dei sistemi di welfare regionali italiani

Il tema del rendimento istituzionale delle Regioni ha assunto nel dibattito internazionale, e in particolare in quello italiano, una centralità crescente, da un lato con il procedere dei processi di regionalizzazione delle politiche, dall'altro grazio allo studio sulle Regioni italiane effettuato da Putnam (1993), alla base della famosa ipotesi sul capitale sociale e la *civicness*.

Rispetto a quanto proposto da Putnam e alla luce della letteratura, soprattutto politologia, sulle politiche pubbliche (Capano e Giuliani, 2005) è, a parere di chi scrive, utile distinguere due aspetti del rendimento: uno che afferisce alla formulazione delle policy, l'altro alla loro implementazione.

Da un lato infatti si possono cercare di valutare le capacità e il *timing* delle Regioni nello sviluppare un *framework* normativo di regolazione e di promozione del welfare territoriale. Nella formulazione delle politiche è quindi importante non solo valutare il che cosa sia stato normato, ma anche il quando, e cioè con che tempestività e appropriatezza gli enti regionali si sono dotati di strumenti normativi in grado di rispondere a legislazioni nazionali o esigenze territoriali.

Dall'altro occorre invece tentare di valutare quale sia stato l'effettivo sviluppo del sistema dei servizi di welfare e la sua capacità di rispondere in maniera efficiente e appropriata alle esigenze dei cittadini.

Tenere distinte le due dimensioni, quella della formulazione delle politiche da quella dell'implementazione, è consigliabile, non solo sotto il profilo analitico, per una serie di ragioni.

La prima deriva dal fatto che, a differenza della sanità in cui il princi-

pale attore sono le Regioni, il ruolo di questi ultimi enti nei servizi sociali e nelle politiche del lavoro e della formazione ha più una natura regolativa che gestionale (sono infatti rispettivamente i Comuni e le Province i titolari della gestione). Va comunque aggiunto che le Regioni hanno un importante ruolo anche nel supportare concretamente l'effettiva realizzazione del sistema dei servizi a livello locale, visto che ad esempio circa la metà della spesa in servizi sociali dei Comuni proviene dal livello regionale (che decide di trasferire direttamente suoi fondi o comunque indica come ripartire sul territorio i finanziamenti nazionali o europei).
Inoltre il rendimento in tema di normazione non necessariamente è congruente con quello relativo alla rete dei servizi: è pertanto interessante verificare il livello di congruenza fra queste due dimensioni.
Le riflessioni qui di seguito riportate sono tratte da differenti studi, dedicati sia alla normazione che al funzionamento dei sistemi di welfare regionali, che concernono tre delle principali politiche in questo campo: sanità, servizi sociali e lavoro/formazione.

2.1 Regioni e performance nella regolazione dei sistemi di welfare

Nel campo della *sanità* possiamo riprendere e rielaborare, per i fini del presente saggio, l'interessante studio recentemente compiuto da Mapelli (2007) sul funzionamento dei sistemi sanitari regionali (Ssr).
Sotto il profilo della normativa, possiamo cercare di comprendere quanto realizzato dalle Regioni, a partire da tre aspetti (tab. 1):

- la presenza e l'aggiornamento di leggi regionali di organizzazione delle aziende sanitarie, dal 1993, anno in cui si possono iniziare a riformare i sistemi sanitari dopo la riforma nazionale del 1992, al 2005;
- la presenza di una normativa sul tema dell'accreditamento, cardine fondamentale per il funzionamento del sistema di intervento, anche in una ottica di rapporti fra fornitori pubblici e privati;
- la presenza e l'aggiornamento di strumenti di programmazione regionale, quali i Piani.

Il quadro, che emerge dalla tabella 1, risulta chiaramente complesso, ma comunque può permettere alcune riflessioni di carattere generale.
Se tutte le Regioni e Province autonome si sono dotate di normative relative a organizzazione delle Aziende sanitarie, accreditamento e piani sanitari, ciò che differenzia però le varie realtà sono il *timing* con cui ciò è avvenuto e la frequenza con cui la normativa è stata aggior-

Tabella 1 - Regioni e normazione dei sistemi sanitari (anni 1993-2005)

	Leggi organizzazione Asl e Ao* (1993-2006)	Leggi accreditamento* (1997-2006)	Piani sanitari		Valutazione
			1994-1998	1999-2006	(scala 0-4)
Piemonte	1 l.r. (1995)	1 l.r. (2000)	1	0	2
Valle d'Aosta	2 l.r. (1995; 1997)	1 l.r. (1997)	1	1	3
Lombardia	3 l.r. (1993; 1997; 2001)	1 l.r. (1997)	0	1	3
Prov. aut. Bolzano	3 l.p. (1993; 1999; 2001)	4 l.r. (1999-2002)	0	1	3
Prov. aut. Trento	2 l.p. (1993; 1995)	1 l.r. (1998)	0	0	1
Veneto	2 l.r. (1995; 1997)	1 l.r. (2001)	1	0	1
Friuli-Venezia Giulia	3 l.r. (1993; 1994; 1995)	1 l.r. (1997)	1	1	3
Liguria	3 l.r. (1994; 1998; 2005)	1 l.r. (1999)	0	2	3
Emilia-Romagna	2 l.r. (1994; 2000)	2 l.r. (2000; 2004)	0	1	3
Toscana	2 l.r. (1994; 2000)	3 l.r. (1999; 2003; 2004)	1	2	4
Umbria	2 l.r. (1995; 2000)	1 l.r. (1998)	0	2	3
Marche	3 l.r. (1994; 1996; 2003)	3 l.r. (2000-2002)	1	1	4
Lazio	2 l.r. (1994)	1 l.r. (2003)	0	1	1
Abruzzo	1 l.r. (1994)	1 l.r. (1999)	1	1	3
Molise	3 l.r. (1995; 1997; 2005)	1 l.r. (1999)	1	0	3
Campania	1 l.r. (1994)	2 l.r. (2002; 2003)	1	1	2
Puglia	2 l.r. (1994; 2002)	1 l.r. (2002)	1	1	3
Basilicata	3 l.r. (1996; 2001; 2004)	2 l.r. (2000; 2001)	1	0	3
Calabria	2 l.r. (1996)	4 l.r. (1997; 1999; 2001-02)	1	1	3
Sicilia	2 l.r. (1993; 2000)	1 l.r. (2002)	0	1	2
Sardegna	2 l.r. (1995; 2006)	1 l.r. (1998)	1	1	4

* Per semplificazione nella lettura sono state talvolta indicate come leggi regionali (l.r.) anche d.c.r. o d.g.r.

Fonte: Rielaborazioni a partire da Mapelli, 2007.

nata, alla luce dei mutamenti nel quadro nazionale. Si è pertanto tentato di classificare la normativa regionale sulla base dei seguenti parametri: per quanto riguarda le leggi di organizzazione delle Asl si sono distinte le Regioni che hanno emanato atti normativi in grado di tener conto sia della normativa nazionale della prima parte degli anni '90 (leggi del 1992-93) che di fine anni '90-inizio anni 2000 (legge 229/99); per ciò che concerne la regolazione dell'accreditamento si è valutata la celerità con cui la normativa nazionale di metà anni '90 è stata recepita a livello regionale, se prima o dopo il 2001; per quanto riguarda i Piani si è valutato semplicemente la loro presenza sia nella seconda parte degli anni '90 che nella prima dell'attuale decennio.
Il quadro che emerge da questo esercizio è il seguente:

- Marche, Toscana e Sardegna sono le Regioni che hanno normato sia il riordino dei servizi sanitari a più riprese che l'accreditamento, almeno una prima volta, entro il 2000, producendo inoltre Piani sia negli anni '90 che più recentemente;
- gran parte di tutte le altre Regioni e province autonome (12) si avvicinano alla situazione delle tre realtà precedenti, facendo registrare ritardi o limitata regolazione solo relativamente ad uno degli aspetti normativi considerati;
- Piemonte, Campania e Sicilia, e ancora di più, la Provincia autonoma di Trento, il Veneto e il Lazio mostrano una attività normativa (molto) più limitata o comunque connotata da forti ritardi nella formulazione rispetto al quadro nazionale e delle altre realtà regionali.

Se passiamo alle *politiche del lavoro e della formazione*, l'esercizio di classificazione/valutazione della normativa regionale, ci viene offerto direttamente da Marocco in un recente lavoro dell'Isfol (2008). Lo studioso parte dal grado di recepimento o rielaborazione di tre normative nazionali a livello regionale:

- le leggi di attuazione del d.lgs. n. 469/97, relativa al trasferimento di risorse umane e strutturali dal centro alla periferia e alla organizzazione del «sistema regionale per l'impiego»;
- gli atti regionali di attuazione del d.lgs. n. 181/00, novellato dal d.lgs. n. 297/02, relativi alla trasformazione del collocamento da «funzione pubblica» a «pubblico servizio»;
- le leggi di attuazione del d.lgs. n. 276/03, relative all'aggiornamento del «sistema regionale per l'impiego», a seguito dei nuovi poteri legislativi concessi alle Regioni, rispetto al decreto del 1997, dopo la riforma costituzione del 2001 in tema di «tutela e sicurezza del lavoro».

Tabella 2 - Regioni e normazione dei sistemi del lavoro e della formazione (anni 1993-2005)

	Recepimento d.lgs. n. 469/97	Recepimento d.lgs. n. 181/00 + 297/02	Recepimento d.lgs. n. 276/03	Valutazione (scala 0-3)
Piemonte	1998	2003	–	2
Valle d'Aosta	2003	–	–	0
Lombardia	1999	2003	–	2
Prov. aut. Bolzano	1996	2005	–	2
Prov. aut. Trento	1997	2004	–	2
Veneto	1998	2004	–	2
Friuli-Venezia Giulia	1998	–	2005	2
Liguria	1998	2003	–	2
Emilia-Romagna	1998	2003	2005	3
Toscana	1998	2004	2002	3
Umbria	1998	2003	–	2
Marche	1998	2003	2005	3
Lazio	1998	–	–	1
Abruzzo	1998	–	–	1
Molise	1999	–	–	1
Campania	1998	2004	–	2
Puglia	1999	2003	–	2
Basilicata	1998	–	–	1
Calabria	2001	–	–	0
Sicilia	2000	2003	–	2
Sardegna	2003	2004	2005	2

Fonte: Rielaborazioni a partire da Mapelli, 2007.

Ai fini del presente lavoro non si possono però riprendere i punteggi attribuiti alle singole Regioni da Marocco per due ordini di motivi: per quanto riguarda il recepimento del d.lgs. 469/97 è, a nostro parere, importante non tanto verificare se le Regioni abbiano adottato una normativa congrua, comportamento peraltro tenuto da tutte, quanto il quando e cioè la celerità con cui la normativa nazionale è stata recepita a livello regionale, utilizzando come spartiacque il 2000; il presente studio, tranne alcuni casi specifici di Regioni a statuto speciale, si ferma al 2005, anno in cui si sono votati nuovamente i governi regionali, proprio per avere un limite temporale di comparazione comune per quanto realizzato dalle varie realtà.

Adottando quindi i criteri di classificazione di Marocco, ma mutando le modalità di calcolo e l'arco temporale considerato, emergono dall'analisi i seguenti gruppi di Regioni:

- Toscana, Marche ed Emilia-Romagna sono le realtà che più hanno recepito, anche celermente, i mutamenti normativi nel quadro nazionale, adattando il loro sistema di intervento;
- Piemonte, Lombardia, le Province autonome di Bolzano e Trento, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Umbria, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna mostrano un livello relativamente consistente di normazione (alcune di queste Regioni, come la Lombardia e il Piemonte, hanno in anni successivi al 2005 introdotto il terzo livello di normazione);
- le restanti Regioni presentano un quadro di recepimento della normativa nazionale abbastanza scarno, in particolare la Valle d'Aosta e la Calabria.

Tabella 3 - Livello di strutturazione normativa e di innovazione del sistema di programmazione sociale regionale (fino al 2005)

	Valutazione livello programmazione (scala 0-3)	Livello innovazione (scala 0-3)	Valutazione media (scala 0-3)
Piemonte	3	1	2
Valle d'Aosta	3	3	3
Lombardia	3	3	3
Prov. aut. Bolzano	2	3	2,5
Prov. aut. Trento	3	2	2,5
Veneto	2	2	2
Friuli-Venezia Giulia	2	2	2
Liguria	2	1	1,5
Emilia-Romagna	1	2	1,5
Toscana	2	3	2,5
Umbria	1	2	1,5
Marche	1	1	1
Lazio	1	2	1,5
Abruzzo	2	1	1,5
Molise	1	2	1,5
Campania	0	0	0
Puglia	0	0	0
Basilicata	1	2	1,5
Calabria	0	0	0
Sicilia	1	1	1
Sardegna	2	1	1,5

Fonte: Maretti, 2008.

Il quadro che emerge nel campo dei *servizi sociali* è più composito. I risultati qui riportati sono una rielaborazione tratta da un studio di Maretti (2008) sulla strutturazione dei sistemi di welfare regionali in Italia. Maretti, a partire da un'analisi fattoriale (Acp) su un insieme di variabili (anni dall'inizio della programmazione, numero di piani sociali realizzati, anni dall'istituzione di leggi regionali in materia di servizi sociali, ecc.), individua due dimensioni: il livello di strutturazione del sistema di welfare regionale, in termini di capacità programmatorie, e la capacità di innovazione. In questa sede i punteggi fattoriali sono stati riportati all'interno di una scala per semplificarne la lettura e l'interpretazione.
Da questa analisi risulta come siano Lombardia e Valle d'Aosta le due Regioni con maggiore capacità regolatoria, seguite a breve distanza dalle due Province autonome e dalla Toscana.
Piemonte, Veneto e Friuli-Venezia Giulia si collocano sotto questo primo gruppo, mentre in una situazione intermedia si vengono a trovare Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna.
In situazione di scarsa strutturazione si pongono realtà quali Marche e Sicilia e, soprattutto, Calabria, Campania e Puglia.

2.2 Regioni e performance nella realizzazione dei sistemi di welfare

Cercare di individuare indicatori di performance delle prestazioni dei sistemi di welfare territoriale è impresa, come è noto, molto complessa. In questa sede, come tentativo in tale direzione, si sono raccolti alcuni dati che misurano più il processo di produzione dei servizi e di copertura assicurato dagli stessi piuttosto che l'*outcome*, gli esiti finali, vista la difficoltà ad ottenere indicatori robusti in tal senso.
La tabella 4 riassume gli indicatori per le tre aree di welfare territoriale. Per quanto riguarda la sanità, si è fatto di nuovo ricorso al già citato e interessante lavoro di Mapelli (2007), il quale ha costruito un indicatore di performance[1] dei sistemi sanitari regionali a partire da alcune dimensioni: da un lato, i risultati gestionali del sistema sanitario regionale (misurati a loro volta tramite variabili fra cui presenza e persistenza di deficit sanitari, saldo della mobilità sanitaria, tasso di utilizzo dei posti letto, indice di rotazione, indice di *case mix*); dall'altro, i risultati di processo (misurati a loro volta in termini di appropriatezza

[1] Per la metodologia nella costruzione di questo indicatore, come di quello Isfol sulla qualità dei servizi erogati, si rimanda direttamente ai testi citati.

dei ricoveri – percentuale di parti cesarei, di ricoverati per diabete e asma, di ricoveri in Dh – e di qualità dei servizi – soddisfazione degli utenti per varie dimensioni dell'assistenza sanitaria, personale sanitario per posto letto)[2].

Tabella 4 - Livello di performance delle prestazioni dei sistemi di welfare territoriali

Regione	Sanità			Lavoro	Servizi sociali	
	Risultati gestionali	Risultati processo	Media (2003-05)	Indice qualità dei servizi erogati (2004)	Livello copertura servizi	
					infanzia (2005)	anziani (2005)
Piemonte	46	81	64	13,97	13,5	3,2
Valle d'Aosta	38	71	55	4,7	40,3	10,9
Lombardia	63	72	68	10,10*	13,7	5
Prov. aut. Bolzano	52	62	57	13,77	9,6	8,4
Prov. aut. Trento	51	70	61	14,2	15,5	5,4
Veneto	53	69	61	13,12	10,7	7,5
Friuli-Venezia G.	80	78	79	7,31	10,9	5,3
Liguria	50	75	63	14,68	16,8	2,3
Emilia-Romagna	54	80	67	14,32	28,3	5,5
Toscana	58	84	71	13,94	20	3,2
Umbria	54	79	67	14,7	13,7	1,6
Marche	52	66	59	14,09	17,2	2
Lazio	52	59	56	10,14	10,3	1,9
Abruzzo	50	55	53	14,41	7,2	3,2
Molise	48	48	48	11,27	3,9	5,3
Campania	46	44	45	6,23	2,1	2,5
Puglia	38	35	37	11,49	5,3	1,3
Basilicata	30	47	39	7,48	5,6	1,8
Calabria	28	31	30	10,96	2,3	1,3
Sicilia	39	39	39	4,88	6,4	3,3
Sardegna	30	37	34	4,0	9,1	3,4
Italia	*48*	*61*	*55*	*10,32*	*11,2*	*3,7*

* Il dato lombardo sull'indicatore di qualità risente del fatto che la valutazione Isfol viene effettuata solo presso le strutture pubbliche, mentre la Lombardia è la Regione che con più forza ha equiparato l'offerta di servizi per l'impiego pubblici con quelli privati accreditati.

Fonti: Rielaborazioni da Mapelli (2007) per la sanità; Isfol (2008) per il lavoro; Istat (2008) per i servizi sociali.

[2] Mapelli in realtà utilizza anche un terzo gruppo/dimensione di indicatori, relativo ai «risultati finali». In questa sede si è preferito non introdurlo in quanto chi scrive non è del tutto convinto di alcune variabili utilizzate in tal senso dallo studioso, quali ad esempio la speranza di vita alla nascita e la speranza di vita libera da disabilità, che con difficoltà possono essere correlate in maniera forte alle «performance» dei sistemi sanitari regionali.

Il Friuli-Venezia Giulia è la Regione che in assoluto mostra le migliori performance di tipo gestionale-processuale. Seguono la Toscana e, praticamente con valori simili fra loro, la Lombardia, l'Emilia-Romagna e l'Umbria. Un ulteriore gruppo di Regioni è rappresentato da Piemonte, Liguria, Trento e Veneto, seguite da Marche, Bolzano e, appena sopra o in linea con la media nazionale, Valle d'Aosta e Lazio. Tutte le rimanenti Regioni del Sud fanno registrare valori sotto la media, in particolare le situazioni più critiche si registrano in Puglia, Sardegna e Calabria.

Per quanto riguarda le politiche del lavoro e della formazione, si è utilizzato un indice di «qualità dei servizi», elaborato dall'Isfol e ormai testato in vari studi (2008), che valuta appunto la capacità dei servizi per l'impiego in termini di raccordo fra formazione professionale e lavoro, orientamento, promozione dell'inserimento lavorativo, *matching* fra domanda e offerta di lavoro e marketing dei servizi.

La classificazione Isfol, riferita al 2004, mostra ai primi posti Umbria, Liguria, seguite da buona parte delle Regioni del Centro-Nord e dall'Abruzzo. Rispetto agli altri indicatori di performance qui utilizzati, l'indicatore sulle politiche del lavoro è quello che mostra una maggiore polarizzazione fra Regioni con buoni livelli di performance e Regioni in forte difficoltà: realtà quali Basilicata, Campania, Sicilia, Sardegna, ma anche Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia.

Nel campo dei servizi sociali si sono scelti due indicatori di copertura dei servizi nelle due aree cardine di utenza, in termini di numerosità della stessa: gli interventi per la prima infanzia, nella fascia di età 0-2, e quelli per gli anziani parzialmente o non-autosufficienti. I dati sono ripresi da una recente pubblicazione dell'Istat (2008) sulla spesa e sui servizi sociali dei Comuni e si riferiscono al 2005. Il livello di copertura dei servizi alla prima infanzia, che comprendono gli asili nido e i servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia (micronidi, nidi famiglia, ecc.), si riferisce alla percentuale di minori nella fascia 0-2 anni che usufruiscono di tali interventi rispetto al totale dei bambini nella stessa fascia di età, mentre il livello di copertura dei servizi agli anziani fa riferimento ai servizi residenziali e ai vari tipi di assistenza domiciliare (assistenza domiciliare socio-assistenziale, assistenza domiciliare integrata, voucher e buoni sociali).

Nello specifico dei servizi all'infanzia Valle d'Aosta e Emilia Romagna sono le realtà che, di gran lunga, offrono una maggiore copertura del servizio, seguite da Toscana, Marche e dal resto delle Regioni del Centro-Nord, con quattro eccezioni (Veneto, Bolzano, Lazio e Friuli)

che si collocano leggermente al di sotto della media nazionale. Tutte le realtà del Sud sono sotto la media e, tolta la Sardegna che arriva a circa il 9% di copertura, tutte le altre si distribuiscono fra il 7,2% dell'Abruzzo e il 2,1% della Campania, fanalino di coda.
Nel campo degli interventi per gli anziani il quadro muta parzialmente. Se la Valle d'Aosta mantiene sempre il suo ruolo di realtà con maggior livello di copertura (attorno al 10%), le Regioni del Nord-Est, compresa l'Emilia-Romagna, risultano quelle in cui si è investito maggiormente nell'espansione di questo tipo di servizi. Seguono Lombardia e Molise, unica Regione del Sud a mostrare un livello di copertura superiore alla media nazionale. Rispetto al quadro appena emerso sulla prima infanzia, buona parte delle altre realtà del Centro-Nord presenta valori sotto la media finendo per occuparne le (pen-)ultime posizioni assieme al resto del Sud. La Calabria e la Puglia sono infatti in grado di assicurare poco più dell'1% di copertura.

2.3 Regioni, differenti politiche sociali, performance regolative e di sviluppo degli interventi: quali nessi

Dato il quadro presentato nelle pagine precedenti, possiamo porci due ordini di domande:

- quale è il grado di congruenza fra performance nella capacità regionale di regolare e normare un campo delle politiche e performance nella realizzazione degli interventi?
- quale è il grado di congruenza delle performance nelle capacità regionale di regolare e normare fra differenti tipi di politiche di welfare, così come quale è il grado di congruenza nelle performance nella realizzazione degli interventi?

Nei prossimi paragrafi si porteranno esempi di singole Regioni; in questa sede ci limitiamo a presentare e commentare le correlazioni esistenti fra i vari livelli di performance (tab. 5).
L'analisi in merito alla congruenza fra normazione e performance dei sistemi di intervento non offre risposte univoche e va differenziata a seconda delle politiche analizzate: paradossalmente il settore in cui la Regione ha maggiori poteri sia di regolazione che di gestione, e cioè la sanità, è quello in cui in assoluto le due dimensioni della performance vanno in direzioni diverse, quasi leggermente opposte, visto che il valore del coefficiente di Pearson, oltre ad essere bassissimo è anche negativo. Nel campo del lavoro c'è un livello abbastanza contenuto di correlazione fra rendimento in termini di normazione e di sistema dei

servizi (0,370), mentre nell'area dei servizi sociali la correlazione diventa più robusta (attorno o superiore al 0,6).
Complessivamente, quindi, spesso le Regioni, soprattutto nell'area sanitario-lavorativa, sono in grado di recepire velocemente le normative nazionali e di programmare con continuità, senza che a questo però corrisponda un livello di performance simile nelle prestazioni. Il caso della sanità è forse il più emblematico: se ad esempio si prendono Regioni quali la Basilicata, la Sardegna e la Puglia, si nota una buona capacità di recepire abbastanza celermente la normativa sull'accreditamento, così come di normare gli assetti delle Aziende sanitarie e di sviluppare Piani sanitari, spesso anche in maniera più celere e con continuità rispetto ad alcune realtà del Centro-Nord (tab. 1), ma a queste performance corrispondono rendimenti gestionali e di processo nell'erogazione degli interventi fra i più bassi d'Italia.

Tabella 5 - Correlazioni fra livelli di performance normativa e di realizzazione nei vari tipi di politiche di welfare territoriale

	Valore coefficiente di Pearson
Correlazione fra performance normativa – interventi nelle politiche:	
- sanità	-0,044
- lavoro/formazione	0,370
- anziani	0,686
- prima infanzia	0,584
Correlazione fra performance normative fra:	
- sanità e lavoro/formazione	0,172
- sanità e servizi sociali	-0,027
- lavoro/formazione e servizi sociali	0,067
Correlazione fra performance interventi fra:	
- sanità e lavoro/formazione	0,495
- sanità e servizi prima infanzia	0,497
- sanità e servizi anziani	0,412
- lavoro/formazione e prima infanzia	0,083
- lavoro/formazione e anziani	-0,120
- prima infanzia e anziani	0,559

Se passiamo al livello di congruenza fra performance normative nei tre settori di welfare considerati, notiamo che sono praticamente nulli: sembra quasi che nelle stesse Regioni gli Assessorati alla sanità, al lavoro/formazione e al sociale, dove presenti, siano andati in questi anni con ritmi e capacità completamente distinte e differenti fra loro.

Il quadro muta parzialmente se si analizza la congruenza fra i settori in termini di performance realizzative: il livello di correlazione appare relativamente robusto fra sanità e lavoro, così come sanità e servizi sociali (soprattutto quelli rivolti alla prima infanzia), fra le due aree dei servizi sociali, mentre appare molto debole la correlazione fra lavoro/formazione e servizi sociali.

Complessivamente le performance fra settori appaiano abbastanza congruenti quando analizziamo la realizzazione dei servizi, mentre non sembrano esserci a livello di normazione, ricordandosi comunque che il coefficiente di correlazione raggiunge il valore massimo di 0,559, di per sé rilevante ma non altissimo.

Dato questo quadro, si è tentato di classificare le Regioni sulla base della loro performance, limitando l'analisi però al rendimento non tanto normativo, quanto in termini di sviluppo dei servizi. Si è proceduto con un'analisi dei componenti principali (Acp), a partire dalle quattro variabili contenute nella tabella 4 e sono emersi due fattori, uno relativo al rendimento in campo socio-sanitario, l'altro lavorativo. La figura 1 mostra come si dispongono le Regioni lungo questi due assi.

Come si può notare il quadro che emerge è abbastanza composito ed emergono almeno tre o quattro situazioni, che, volendo impiegare uno sguardo più analitico, possono diventare cinque o sei.

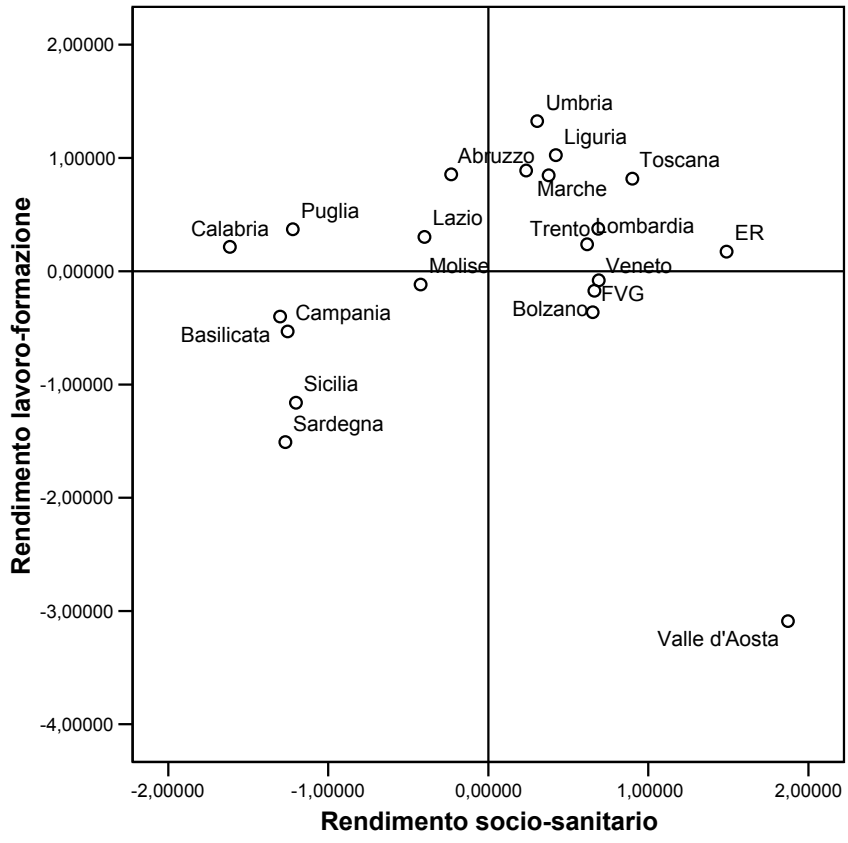
Il gruppo migliore è quello di numerose Regioni del Centro-Nord (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Piemonte, Trento, Liguria, Umbria e Marche) che mostrano performance positive nel campo sia delle politiche del lavoro che di quelle socio-sanitarie. Fra queste realtà l'Emilia-Romagna è quella che però si distingue sia per la miglior performance socio-sanitaria, ma anche per la (relativamente) peggiore lavorativa.

A questo primo gruppo se ne avvicinano altri due che presentano invece un quadro più misto:

- Valle d'Aosta, Veneto, Friuli e Bolzano hanno una performance positiva in campo socio-sanitario e (leggermente) negativa sul lavoro; queste realtà sono per molti versi assimilabili a quelle del primo gruppo, tranne la Valle d'Aosta che appare un caso a sé estremo, con ottime performance nel socio-sanitario e pessime sul versante del lavoro;
- Lazio, Abruzzo e Molise, all'opposto, mostrano un rendimento negativo nel campo del socio-sanitario e leggermente positivo (tranne il Molise) in quello lavorativo.

Un ultimo gruppo è rappresentato da Sicilia, Campania, Sardegna e Basilicata che mostrano livelli negativi (spesso largamente) sia nelle performance sulle politiche del lavoro che, soprattutto, in quelle socio-sanitarie. Puglia e Calabria sono in parte di difficile collocazione in quanto, da un lato hanno uno scarso rendimento nelle politiche socio-sanitarie, al pari del gruppo precedente, dall'altro fanno registrare performance leggermente positive nel campo delle politiche del lavoro e pertanto si situano a cavallo dei due ultimi gruppi di Regioni.

Figura 1 - Il rendimento istituzionale delle Regioni italiane nelle politiche di welfare (metà anni 2000)



In conclusione, il quadro appena presentato non ci descrive «21 sistemi di welfare differenti», ma sicuramente, in termini di rendimento, almeno 3 o 4 con distanze considerevoli fra alcuni di essi. Se il Centro-Nord, con l'eccezione del «caso» Valle d'Aosta e del Lazio, appare abbastanza compatto, seppur con alcune differenziazioni interne, al Sud sembrano profilarsi due situazioni: da un lato quella di Abruzzo, Molise e Lazio, dall'altro le altre Regioni, con Puglia e Calabria in un punto intermedio fra le due. Mentre il Centro-Nord, appare relativamente compatto al proprio interno, con livelli medi di rendimento relativamente più alti che altrove, il Sud, Lazio compreso, appare differenziarsi in parte: in sintesi sembra emergere 1 Centro-Nord e 2-3 Sud, con l'area delle Regioni del Centro-Sud (Lazio, Abruzzo e Molise), che tende ad avvicinarsi a quelle del Centro-Nord.
Dati questi differenti livelli di rendimento e di modelli di welfare, possiamo cercare di comprendere quali variabili influenzino la collocazione di una Regione in un gruppo piuttosto che in un altro.

3. La misurazione delle performance regionali. Un'approssimazione

Sono state scelte alcune variabili per tentare, in via esplorativa, di spiegare il rendimento delle Regioni nel campo del welfare:

- una variabile di tipo economico per cogliere il livello di sviluppo regionale[3];
- una variabile di tipo socio-culturale, basata sul concetto di capitale sociale e di *civicness*, così come definito da Putnam nei suoi studi sul rendimento istituzionale delle regioni (Putnam, 1993)[4];

[3] Tale variabile è stata ottenuta da un'analisi delle componenti principali basata su Pil pro capite, livello di infrastrutturazione, reddito pro capite e livello di produttività manifatturiera.

[4] Putnam utilizza quattro indicatori per costruire un indice di *civicness a livello regionale*: vivacità della vita associativa, intesa come numero di associazioni sportive e culturali presenti in una regione, percentuale di cittadini che leggono regolarmente giornali, percentuali di affluenza alle urne per i referendum 1947-87 e voti di preferenza espressi nel periodo 1953-79 nel voto per le politiche (correlato negativamente). Questo indice è stato ripreso, aggiornando i dati alla metà degli anni 2000 e introducendo delle correzioni necessarie. Si è operazionalizzato un indice di *civicness* in cui sono confluiti i valori di quattro variabili: il livello di diffusione delle associazioni nelle realtà regionali; il tasso di partecipazione ai referendum (nel nostro caso promossi dal 1995 al 2005); la percentuale di citta-

- due variabili attinenti al funzionamento del sistema politico, l'una relativa all'orientamento politico-culturale delle giunte regionali (misurata in termini di numero di anni dal 1995 al 2005 in cui vi sono state giunte di centro-sinistra), l'altra alla stabilità dei governi regionali (misurata in termini di numero di giunte insediatisi nel periodo 1995-2005);
- una variabile concernente il rendimento istituzionale delle politiche socio-sanitarie, riferito però al 1995, per valutare effetti di *policy legacy*, e impiegato solo nella regressione sul rendimento socio-sanitario.

Le tabelle 6 e 7 mostrano i risultati delle regressioni. Il primo dato rilevante riguarda la capacità delle variabili in esame di «spiegare» l'andamento della variabile dipendente di rendimento. Mentre la regressione Ols sul rendimento delle politiche socio-sanitarie mostra come alcune variabili giochino un ruolo (dato confermato anche dall'alto livello dell'Rquadro) (tab. 6), la regressione relativa alle politiche socio-lavorative non dà risultati soddisfacenti: il basso livello dell'Rquadro e dei coefficienti beta, mostra come le variabili economiche, politiche e culturali utilizzate non siano in grado di spiegare le differenze nei rendimenti regionali (tab. 7). L'unica variabile, che appare leggermente più saliente in questa seconda regressione, è quella relativa al livello di sviluppo economico.

Sulle politiche del lavoro non riusciamo quindi ad esprime valutazioni. Ciò appare probabilmente legato al fatto che sono pochi anni che le Regioni stanno assumendo poteri più forti di regolazione in questo campo e quindi le relative politiche sono ancora in una fase di strutturazione.

Concentrando l'analisi sul rendimento socio-sanitario possiamo cercare di individuare quali siano le variabili che esercitano una maggiore influenza (tab. 6).

La prima domanda che possiamo porci è se la *politica* influenzi o sia comunque collegata al livello di rendimento. Gli anni '90 e i primi anni 2000 rappresentano una fase di passaggio importante sotto tale punto di vista: dopo il periodo di Tangentopoli e i più generali cambiamenti negli assetti politici e partitici nazionali, a partire dall'introduzione del metodo maggioritario nelle elezioni regionali, alcune Regioni

dini che leggono regolarmente giornali; la percentuale di persone che esprimono il voto di preferenza, non alle elezioni nazionali, visto che non è più possibile, ma a quelle regionali del 2000 e del 2005.

hanno visto cambiare in maniera più o meno radicale e prolungata la composizione politica delle proprie giunte regionali (si pensi soprattutto ad alcune Regioni del Sud quali l'Abruzzo, la Campania e la Basilicata, e anche del Centro come le Marche).

Tabella 6 - Regressione Ols – Le variabili influenzanti il livello di rendimento delle politiche regionali socio-sanitarie

	Standardized Coefficients Beta
(*Constant*)	
N. anni giunte di centro-sinistra dal 1995 al 2005	0,127
N. giunte a legislatura dal 1995 al 2005	-0,151
Punteggio fattoriale scala di *civicness*	0,147
Indice modernità economica	0,313*
Rendimento welfare socio-sanitario metà anni '90	0,897**

Note: a Dependent Variable: Rendimento socio-sanitario.
Rquadro= 0,873**.
* Significativo allo 0,05.
** Significativo allo 0,001.

Tabella 7 - Regressione Ols – Le variabili influenzanti il livello di rendimento delle politiche regionali socio-lavorative

	Standardized Coefficients Beta
(Constant)	
N. anni giunte di centro-sinistra dal 1995	-0,095
N. giunte a legislatura dal 1995 ad oggi	-0,241
Punteggio fattoriale scala di *civicness*	-0,211
Indice modernità economica	0,260

Note: a Dependent Variable = Rendimento lavoro-formazione.
Rquadro = 0,101.
* Significativo allo 0,05.
** Significativo allo 0,001.

Le due regressioni effettuate mostrano come la politica, intesa sia come posizionamento nel centro-destra o centro-sinistra dei governi regionali, sia come livello di stabilità nel tempo delle giunte, incida poco (tabb. 6 e 7).
Se la politica sembra contare in maniera limitata, perlomeno così come è stata espressa in questa ricerca, la seconda domanda che possiamo porci è se la «*cultura*» conti. In questo caso il concetto di cultura è stato espresso esattamente nella stessa maniera utilizzata da Putnam e

altri nei loro studi, tramite un indice di *civicness*. La nostra analisi non sembra confermare l'ipotesi di Putnam. La comunità civica non appare influenzare in maniera forte il rendimento istituzionale regionale nel campo delle politiche di welfare locale.

Una ulteriore variabile che può incidere nella nostra analisi, che chiaramente Putnam non poteva prevedere nella sua, è rappresentata da quello che qui viene definito il sentiero istituzionale o *policy legacy*, indicando con tale termine la capacità nel corso del tempo di costruire politiche (sociali in questo caso) più o meno robuste, in grado di favorire ulteriori innovazioni nei periodi successivi[5]. Tale variabile non era chiaramente utilizzabile dallo studioso americano in quanto il periodo del suo studio si riferisce al primo ventennio circa di vita autonoma regionale. L'analisi mostra come vi sia un collegamento fortissimo fra rendimento istituzionale e sentiero istituzionale: le Regioni che hanno più innovato e sviluppato interventi di welfare fino alla metà degli anni '90 sono in buona parte le stesse a metà anni 2000, a prescindere da altre considerazioni sul colore politico, sul livello di cultura civica, sulla stabilità delle giunte o su altre variabili.

Nella sua analisi sulle spiegazioni del rendimento istituzionale Putnam utilizza inoltre una scala di «*modernità socioeconomica*» con cui cerca di verificare la rilevanza di tale dimensione rispetto alla capacità di azione regionale. Nel presente studio si è in buona parte ripresa tale scala[6]. L'analisi mostra come appaia significativo e positivo il legame fra livello socio-economico e rendimento.

Quali considerazioni svolgere sulla base di questi risultati?

a) La dipendenza dal sentiero amministrativo-istituzionale e il livello di sviluppo economico giocano un ruolo prevalente.
b) Risulta fortemente limitata la rilevanza della variabile politica, intesa non solo nel senso di colorazione politica della giunta, ma anche nel senso di stabilità del governo regionale.

[5] Per la costruzione della variabile si è impiegata un'analisi dei componenti principali, utilizzando come variabili di partenza, riferiti a informazioni di metà anni '90, un indice simile a quello di Mapelli, ma più semplificato vista l'assenza di alcuni dati per la metà anni '90 fra quelli impiegati da questo autore, i tassi di copertura dei servizi residenziali per gli anziani e degli asili nido per i minori in età 0-2 anni.

[6] Il concetto è misurato tramite un punteggio fattoriale basato a livello regionale sul reddito pro capite, il Pil pro capite, il livello di infrastrutturazione e la percentuale di occupati in agricoltura. Queste componenti sono strettamente correlate fra loro con un valore medio pari a 0,85.

c) Risulta ugualmente ridimensionata la variabile relativa alla cultura civica.

Il perché il sentiero istituzionale giochi un ruolo appare abbastanza chiaro: le macchine politico-amministrative regionali possiedono da un lato una propria «memoria», dall'altro hanno avuto modo, nel tempo e nell'interazione con le amministrazioni locali, di sviluppare modelli di intervento più o meno robusti. Pertanto esse possono funzionare in maniera più efficiente sulla base della solidità delle fondamenta che si sono andate costruendo nel corso del tempo, in particolare a partire dai processi di regionalizzazione intervenuti con gli anni '70-80. Spesso vi sono inoltre elementi di continuità all'interno delle burocrazie regionali anche in termini di persone: uno studio condotto dall'autore del presente saggio riferito alle politiche regionali per la non autosufficienza (Pavolini, 2004) ad esempio metteva in luce come buona parte dei dirigenti e dei funzionari, che hanno avuto un ruolo di primo piano nei processi innovativi e di consolidamento dei welfare regionali nel corso degli ultimi anni, fosse già presente con funzioni rilevanti perlomeno già negli anni '80-primi anni '90.

La politica e la cultura non contano o contano solo indirettamente quindi nello spiegare il rendimento istituzionale delle Regioni italiane nel welfare, mentre è molto più rilevante il percorso storico/istituzionale compiuto dalle singole realtà?

Naturalmente rispondere in maniera affermativa a tale domanda è quanto mai problematico, tenendo presente la cautela che occorre avere nell'utilizzare strumenti di analisi quantitativa ad un set di dati molto limitato numericamente (21). Merita però un approfondimento quanto emerge in termini di ruolo della politica e della tradizione culturale, prendendo in considerazione i percorsi seguiti dalle singole Regioni e cercando quindi di comprendere se in realtà l'analisi quantitativa nasconda aspetti rilevanti.

Per quello che riguarda la variabile politica si può notare che in alcune Regioni dove la sinistra aveva raramente o mai governato, in particolare al Sud, effettivamente alcune delle più importanti riforme del welfare dagli anni '90 fino ad oggi, se non spesso le principali, sono avvenute sotto giunte in cui si trovavano partiti legati alla sinistra: l'Abruzzo e il Lazio della seconda parte degli anni '90, la Campania dell'ultimo triennio, la Basilicata dal 1995 in poi. In tutte e quattro le Regioni qui citate, ad esempio, i principi della l. 328/00 e la loro concreta implementazione sono stati introdotti da governi di centrosinistra che hanno prodotto piani e leggi. Ugualmente è grazie a questi

governi che spesso, o quasi sempre, si sono normati e recepiti gli indirizzi nazionali in merito alla regolazione del sistema di interventi socio-sanitari. Perché tale dato non risulta dall'analisi quantitativa? Le ragioni sembrano essere due.

La prima è che il rendimento istituzionale delle coalizioni legate al pentapartito prima (fino alla prima parte degli anni '90) e al centrodestra poi appare molto differenziato lungo linee territoriali Nord-Sud, per cui i governi Dc o Dc-Psi, in passato, e quelli di centrodestra, oggi, hanno una capacità di intervento superiore nel Nord piuttosto che al Sud.

La seconda, ben più rilevante, è che il nostro indicatore di rendimento istituzionale si basava innanzitutto sulla diffusione relativa di servizi sul territorio. Le Regioni del Sud sono generalmente carenti sotto tale ultimo profilo, per cui gli sforzi dei governi in sede di definizione di regole devono confrontarsi nel breve-medio periodo con difficoltà di implementazione e di effettivo mutamento nella dotazione di infrastrutture di welfare sul territorio. Occorrerebbe molta più continuità di governo rispetto ad una singola legislatura, probabilmente ben più di dieci anni, per comprendere se effettivamente una colorazione politica di sinistra al Sud sia in grado di incidere sui modelli di copertura.

Per quanto riguarda invece il dato sorprendente della *civicness*, che appare in contraddizione con quanto rilevato da Putnam, si possono esprimere alcune osservazioni. Innanzitutto se si calcola la correlazione fra il livello di *civicness* e la variabile relativa al rendimento istituzionale nella metà degli anni '90 (la *policy legacy*), che è la variabile più significativa nell'analisi di regressione, si nota una correlazione positiva molto forte pari a 0,958. Nei decenni passati quindi le performance migliori sono avvenute nelle aree in cui più significativa era la forza della comunità civica. Si può pertanto ipotizzare che la *civicness* giochi un ruolo rilevante nelle prime fasi di sviluppo delle politiche regionali, quelle appunto dei decenni '70-80, e che poi mantenga: un effetto diretto più limitato negli anni successivi; uno indiretto molto più rilevante, ma non facilmente rilevabile, quando invece assume un peso crescente la forza delle istituzioni, quella che qui è stata definita la *policy legacy*. La *policy legacy* racchiude in sé fondamentalmente la capacità delle Regioni di dotarsi di regole forti, in grado di informare la costruzione del sistema degli interventi e di creare una struttura amministrativo-burocratica competente e adatta a lubrificare gli ingranaggi nel corso del tempo. Sempre nello studio sulle politiche regionali sulla non-autosufficienza (Pavolini, 2004), si era tentato di analizzare me-

glio la possibile relazione fra livello di *civicness* e rendimento istituzionale, eseguendo una analisi simile a quella svolta nelle pagine precedenti, cambiando però sia la variabile dipendente utilizzata sia il riferimento temporale delle altre variabili: in quello studio la nuova variabile dipendente era il rendimento istituzionale nelle politiche per la non autosufficienza durante gli anni '70 ed '80, mentre come principali variabili indipendenti si erano impiegate quelle già riportate di tipo politico, economico e culturale ma create con dati riferiti non agli anni '90-'00 ma ai due decenni precedenti. Il risultato della ricerca mostrava come, rispetto all'analisi sul rendimento istituzionale alla metà degli anni 2000, la *civicness* giocasse effettivamente un ruolo rilevante, diretto, nella fase di decollo delle macchine regionali, e solo indiretto successivamente.

4. Conclusioni: rendimento istituzionale e modelli di governance, quali relazioni?

In sede di conclusioni possiamo svolgere alcune riflessioni in merito al rapporto fra modelli di governance e rendimento istituzionale. Nel dibattito sui welfare regionali si discute molto sui modelli di governance adottabili e da adottare.
Nel presente lavoro appare utile distinguere tre dimensioni della governance:

a) la *dimensione «politica»* – le modalità tramite cui la Regione prende decisioni e il grado di autonomia/partecipazione che assicura agli altri enti locali nel suo policy-making; sotto questo profilo si possono delineare due opzioni di fondo:
- una visione della Regione quale attore che decide in forte autonomia e lascia minori spazio e discrezionalità, più di tipo gestionale/attuativo, ai territori (un modello più da «*holding*»);
- una visione della Regione quale «perno» e promotore della partecipazione ai processi decisionali degli altri enti territoriali (Comuni e Province *in primis*);

b) la *dimensione «economica»* – le modalità con cui la Regione sviluppa l'erogazione dei servizi e attribuisce ruoli a fornitori privati e beneficiari. Si possono anche in questo caso individuare due opzioni di policy e di visione politico-culturale abbastanza differenti:
- una visione del ruolo dei fornitori privati quale concorrenziale/sostitutivo di quello degli erogatori pubblici, dando inoltre

quanto più potere di scelta possibile ai cittadini/utenti; utilizzando la terminologia affermatasi nell'ambito delle politiche sanitarie, a questa visione corrisponde un modello di «concorrenza amministrata»;

- una visione del ruolo dei fornitori privati nei sistemi territoriali di welfare integrativo/cooperativo rispetto a quello degli erogatori pubblici; sempre impiegando la terminologia affermatasi nelle politiche sanitarie, a questa visione corrisponde un modello di «cooperazione amministrata», in cui il ruolo dei soggetti privati è collocato all'interno di un quadro più generale di programmazione regionale; in questo caso gli utenti vengono visti non più come «consumatori», con relativa autonomia di scelta, quanto come soggetti che vanno «attivati» e supportati;

c) la *dimensione «regolativa»* – la capacità delle Regioni da un lato di controllare effettivamente e promuovere sul territorio il modello di governance scelto (in termini di modelli decisionali e di ruolo da attribuire ai fornitori privati e agli utenti dei servizi), dall'altro di sviluppare una visione completa e integrata del ruolo delle politiche sociali, proponendo ai propri territori un modello di welfare che risponda ad una stessa «filosofia» sia che si tratti della sanità, del sociale o della formazione/lavoro. Semplificando si possono verificare due situazioni opposte:

- modelli di governance regionali «deboli», in quanto sono limitati gli strumenti e le modalità di controllo/promozione che la Regione adotta verso i territori, così come appaiono abbastanza episodiche e contingenti le scelte fatte nei singoli campi delle politiche sociali, senza che si delinei in maniera chiara una visione complessiva;
- modelli di governance regionali «forti», nei quali risulta robusto e complesso l'insieme degli strumenti di regolazione e di controllo/promozione degli enti locali, così come emerge con relativa chiarezza un «modello» complessivo di welfare trasversale ai vari settori (sanità, lavoro, ecc.).

Buona parte delle discussione sui modelli di governance, sia scientifico-accademica che politica, si è concentrata sulle prime due dimensioni. A nostro parere occorre invece chiedersi se la domanda più corretta da porsi non sia tanto quella riferita ai modelli da preferire o migliori (più mercato? più programmazione pubblica?), quanto piuttosto sia quella che voglia distinguere fra una capacità regionale «forte» o «debole» di svolgere funzioni di governance. Schematicamente, a partire dalle tre dimensioni appena individuate e analizzando quanto

emerge concretamente nelle Regioni italiane, possiamo analiticamente distinguere fra tre possibili modelli di governance del welfare regionale:

- un *modello «forte» comunitario-mercantile*, centrato su di un modello più verticale di rapporti Regione-territorio e improntato a logiche di quasi-mercato nella produzione dei servizi;
- un *modello «forte» social-programmatorio*, centrato su di un modello più concertativo nei processi decisionali e orientato a programmare e integrare la rete dei servizi, in un'ottica di «cooperazione amministrata» fra i fornitori;
- un *modello «debole»* che, in parte indipendentemente dalle scelte in termini di ruolo degli enti locali e dei fornitori privati, ha difficoltà a mettere in pratica in maniera robusta il modello scelto, mancando strumenti di regolazione o non essendo chiari e congruenti gli obiettivi e le modalità per conseguirli.

Non sono attualmente disponibili analisi che, per tutte e 21 le Regioni e Province autonome italiane, classifichino le varie realtà in uno dei tre modelli, ma esistono comunque studi, fra cui quelli citati in questo lavoro, che permettono di posizionarne una buona parte. Sintetizzando quanto riportato in queste analisi, da quella di Mapelli (2007), di Colicelli (2008) o di Vicarelli, Neri e Pavolini (2008) sulla sanità, a quella Isfol (2008) sulle politiche attive del lavoro e della formazione, a quelle di Pavolini (2004) e Maretti (2008) sui servizi sociali, emerge come, di nuovo, una prima linea di distinzione fra modelli «forti» e «deboli» passi fondamentalmente fra Centro-Nord e Sud Italia, con la prima area del paese in genere caratterizzata da modelli «forti» e la seconda da modelli «deboli».

Una seconda linea di distinzione, all'interno del Centro-Nord, passa invece fra modelli comunitario-mercantili e social-programmatori.

Ciò che si può notare, analizzando il rapporto fra performance e governance alla luce di tutto ciò che si è scritto in questo articolo, è come la linea di distinzione fra Regioni a maggior rendimento e quelle a minore rendimento passi lungo le linee geografiche dei modelli «forti», a maggior rendimento, del Centro-Nord e modelli «deboli», a minor rendimento, del Sud. Nel Centro-Nord l'adozione di un modello più mercantilista o programmatorio non appare una variabile chiave per comprendere il livello di rendimento istituzionale.

Se, ad esempio, si utilizza una classificazione proposta da Mapelli (2007) per i 21 sistemi sanitari regionali in relazione alla dimensione della governance «economica» (maggiore o minore orientamento

all'integrazione dei fornitori piuttosto che ad una separazione fra gli stessi in un'ottica di quasi-mercato) e si studia quale sia il livello di correlazione fra questo aspetto della governance e il rendimento dei sistemi sanitari regionali (riportato in tabella 4), si nota una correlazione molto bassa (indice di correlazione di Pearson pari a 0,177): modelli di quasi-mercato si associano infatti a buone performance come in Lombardia o Friuli-Venezia Giulia, ma anche a performance più scarse come in Campania, Sicilia e Lazio; ugualmente modelli tendenzialmente integrati offrono buoni rendimenti in Toscana o Veneto, mentre risultano più insoddisfacenti in Basilicata o Puglia.

In conclusione si possono riportare brevemente i tratti di due modelli «forti» differenti ed esemplificativi di quanto avviene nel Centro-Nord Italia.

La *Lombardia* appare una Regione con un modello e una filosofia di intervento *«forte» comunitario-mercantile*. A partire dalla seconda parte degli anni '90 ha sviluppato un modello in cui i principi regolativi del mercato, quale istituzione centrale nell'allocazione delle risorse, vengono proposti ed effettivamente introdotti. Tale nuova impostazione nel campo delle politiche di welfare prende fondamentalmente spunto dall'orientamento emerso in sede di elaborazione di un modello sanitario di intervento con la legge regionale 31/97 e dalla seguente programmazione e pianificazione regionale. Il Piano sanitario regionale 2002-2004 prevedeva in questo senso il superamento del tradizionale modello di Ssn con un ruolo pubblico sia nella fase di raccolta di fondi che di erogazione delle prestazioni: in particolare si prevede una separazione della funzione di raccolta delle risorse e di programmazione del sistema, che si mantiene pubblica, da quella di produzione degli interventi, affidata a soggetti privati accreditati. I principi cardine su cui far ruotare il nuovo sistema, contenuti nel Piano, sono in questo senso estremamente chiari: libertà di scelta per il cittadino; sussidiarietà orizzontale; competizione fra produttori pubblici e privati; equità ed universalismo coniugati con una maggiore attenzione all'*empowerment* degli utenti e alla personalizzazione degli interventi.

Questo approccio nel sanitario sta plasmando anche le politiche regionali nel campo dei servizi sociali e del lavoro/formazione:

- sono numerosi ormai, a livelli non registrati in alcun altra regione italiana, gli atti normativi prodotti per regolare l'accreditamento dei fornitori privati, con l'obiettivo di rendere questo strumento funzionale alla creazione di un quasi-mercato in cui fornitori pubblici e privati sono messi sullo stesso piano di competizione (si

veda per i servizi sociali Pavolini, 2004 e per il lavoro formazione Isfol, 2008);

- nel campo dei servizi territoriali si sta ormai diffondendo un approccio basato sul voucher e sul buono, all'interno di sistemi di accreditamento, che lascia ampio spazio e discrezionalità all'utente e alla sua famiglia, in una ottica (di lungo periodo come nella sanità) di crescente sostituzione di produttori pubblici con fornitori privati.

Nei rapporti con gli enti locali (Province e Comuni) il modello lombardo si caratterizza per la forte centralità giocata dalla Regione stessa, che tende a promuovere (imporre) quanto più possibile il suo modello di regolazione sui territori. Da un lato, quindi, la Regione ha sviluppato una robusta strumentazione per controllare quanto fatto dagli enti locali e per indirizzarli, dall'altro tende ad offrire indirizzi stringenti su come sviluppare la rete dei servizi. Ad esempio la Lombardia ha sviluppato un modello di intervento che tende ad accorpare responsabilità del sociale (Comune) nelle Asl, tramite meccanismi di incentivazione della delega. Nel campo del lavoro, rispetto a quanto avvenuto in altre Regioni, la Lombardia ha mantenuto un maggior grado di controllo e di indirizzo in merito al funzionamento dei servizi per l'impiego (Isfol, 2008).

La Toscana è invece fra le Regioni italiane quella che più ha mantenuto forte il riferimento al modello tradizionale e alla filosofia di intervento del welfare territoriale degli anni '70 e '80, ereditato nello specifico dalla subcultura rossa: forte centralità dell'ente pubblico e della rete dei servizi territoriali e residenziali; integrazione fra sociale e sanitario con il primo in grado di confrontarsi sullo stesso piano con il secondo; forte supporto al ruolo degli enti locali. Proprio in questo senso è definibile un *modello «forte» social-programmatorio*. Questa Regione si distingue dalle altre per l'aver investito in campo sociale innanzitutto nella creazione di un sistema generale di interventi e servizi sociali, coordinato e integrato con quello sanitario. La legge quadro regionale sui servizi sociali n. 72/97 può essere considerata il modello anticipatore e ispiratore per eccellenza della l. 328/00, sistematizzando e per taluni aspetti proponendo un modello a rete con un ruolo di regia forte affidato all'ente locale. Il tipo di approccio «sistemico» emerge del resto anche dalla legislazione in campo sanitario dove, con la l.r. 22/00 di riordino e soprattutto con il Piano sanitario regionale 2002-2004, si introduce la sperimentazione e un possibile futuro modello da un lato di «società della salute» per l'integrazione dei servizi

sociali e socio-sanitari, dall'altro di «area vasta» per la gestione delle strutture ospedaliere. Le «società della salute» dovrebbero essere strutture territoriali che, su delega sia di Comuni che di Asl, gestiscono in maniera integrata i servizi sociali e socio-sanitari assicurando una forte integrazione nel welfare di base. Altro elemento rilevante di tale modello è che, dopo la perdita di influenza degli enti locali sui servizi socio-sanitari avvenuta con le riforme degli anni '90 nel campo della sanità pubblica, si prevede un maggiore ruolo dei Comuni nell'impostazione delle politiche: la proprietà delle «società della salute» è ripartita in egual misura fra Asl e Comuni, che dovranno svolgere un ruolo di programmazione e impostazione degli interventi.

Lo strumento dell'accreditamento assume in questa realtà una connotazione molto differente da quella lombarda: la Toscana e la Lombardia sono le prime due realtà in Italia, ad esempio, ad aver normato, anche con i relativi decreti attuativi, l'accreditamento nel campo dei servizi per l'impiego, ma lo hanno fatto seguendo filosofie differenti. Nel modello toscano l'accreditamento nelle politiche del lavoro, ma lo stesso identico discorso si può svolgere per quelle sanitarie e sociali, è visto non tanto come strumento di facilitazione della competizione pubblico-privato, quanto come modalità di programmazione della rete (integrata) dei servizi sul territorio e l'accreditamento a privati è concesso solo sulla base dei requisiti programmatori di ciascuna area.

Il modello toscano di rapporti con gli enti locali si caratterizza per l'adozione di un modello pluralista (ma integrato) di decisione, in cui vengono coinvolti vari e differenti attori (Province, associazioni dei Comuni, singole direzioni aziendali sanitarie, ecc.): la concertazione è la parola chiave del modello decisionale regionale.

Il confronto appena presentato fra queste due Regioni ci offre un quadro di modello di governance molto differenti, ma che si caratterizzano per due elementi comuni: da un lato, la congruenza fra le scelte operate nei vari settori di policy (sanità, sociale, ecc.) e l'assetto regolativo robusto, dall'altro, livelli di rendimento istituzionale di entrambi i modelli relativamente alti (si veda ad esempio la loro collocazione nella figura 1).

Riferimenti bibliografici

Banting A., 1997, *Federalismo, standard nazionali e integrazione politica: il caso del Canada*, in Aa.Vv., *Regionalismo, Federalismo, Welfare State*, Milano, Giuffrè, pp.105-132.

Capano G. e Giuliani M., 2005, *Dizionario di politiche pubbliche*, Carocci Editore, Roma.

Colicelli C., 2008, *I modelli decisionali nella sanità locale*, Censis, Roma.

Della Porta D., 1999, *La politica locale*, Il Mulino, Bologna.

Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Isfol, 2008, *Strumenti e strategie di governance dei sistemi locali per il lavoro*, Isfol, Roma.

Istat, 2008, *Interventi e servizi sociali dei Comuni*, Istat, Roma.

Mapelli G., 2007, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma.

Maretti M., 2008, *La strutturazione dei sistemi di welfare regionali*, «Politiche sociali e servizi», n. 1, anno X, pp. 65-81.

Marocco M., 2008, *Regioni e mercato del lavoro in Italia*, in Isfol, 2008, *Strumenti e strategie di governance dei sistemi locali per il lavoro*, Isfol, Roma.

Norton A., 1997, *International Handbook of Local and Regional Government*, Edward Elgar, Cheltenham.

Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma.

Putnam R., 1993, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondatori, Milano.

Vicarelli G., Neri S. e Pavolini E., 2008, *Changes in the Italian health care system between regionalization and privatization processes*, paper presentato alla quarta Conferenza sul TransAtlantic Dialogue on «The Status of Intergovernmental and Multi-Level Governance in Europe and the US», 12-14 giugno, Università Bocconi.

Governare il welfare a livello locale: una nota su politica, burocrazia e coalizioni di interessi

Ugo Ascoli

L'articolo presenta, da un punto di osservazione particolare, e cioè quello di un amministratore regionale, che ha però anche una lunga esperienza di ricerca scientifica nell'università italiana sui temi dei sistemi di welfare, un quadro ragionato sugli aspetti critici e nodali della produzione di politiche sociali a livello regionale. Si propone pertanto un'analisi «dall'interno» della macchina amministrativa regionale, utilizzando però strumenti di studio più tipici delle ricerche scientifiche. Vengono quindi illustrati alcuni dei principali punti inerenti al fare politiche sociali a livello regionale, attinenti ai modelli e alle filosofie di intervento, alle caratteristiche degli amministratori, al rapporto fra burocrazia e politica e fra i vari livelli di governo.

1. Introduzione

Al momento attuale grande è l'autonomia progettuale e programmatica dei governi regionali in tema di sanità, servizi sociali e politiche del lavoro. Per la sanità il finanziamento statale, come è noto, tramite il Fondo sanitario nazionale (Fsn), è particolarmente significativo, ma, in aggiunta a ciò, occorre ricordare come un ammontare che va dal 70-75% all'80-85% dei bilanci regionali è dedicato alla spesa sanitaria; per i servizi sociali grande è l'importanza del Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps), così come appaiono sempre più significative le scelte di bilancio dei Comuni; nel caso delle politiche della formazione e del lavoro, infine, accanto ad alcune poste fornite dal governo centrale (vedi ad esempio apprendistato, inserimento lavorativo dei disabili e formazione continua), hanno ormai assunto un'importanza strategica le risorse europee, i cosiddetti fondi strutturali (in questo caso il Fondo sociale europeo, Fse). A fronte di questa varietà delle fonti di finanziamento di alcuni capitoli essenziali del welfare, sta una rilevante autonomia dei governi regionali.
La previdenza rimane, come è noto, un capitolo governativo dello Stato centrale, così come l'istruzione; anche se in tale ambito il ruolo delle Regioni appare decisamente crescente, specialmente dopo l'approvazione della riforma del titolo V della Costituzione.

I modelli regionali di welfare appaiono, nel nostro paese, come è noto, assai differenti: ciò non solo lungo il tradizionale, e sempre più significativo, asse Nord-Sud; anche il colore della maggioranza di governo, e la stabilità di tali assetti nel tempo, appaiono una fonte di differenziazione; così come appaiono ugualmente assai significativi i fattori specifici socio-strutturali dei territori nel loro intreccio di «*civicness*» (cultura civica), livello di sviluppo economico e sentieri amministrativi/istituzionali.

Degna di nota appare la letteratura sul «rendimento istituzionale dei sistemi di welfare regionali italiani» (si veda da ultimo l'interessante contributo di Pavolini, *infra*).

Questa breve riflessione vuole fornire un contributo dall'interno del sistema; intende cioè offrire una chiave interpretativa per comprendere meglio la dinamica dei sistemi e i percorsi di cambiamento e di «resistenza» al cambiamento.

Proviamo allora ad evidenziare alcuni fattori esplicativi e alcune variabili chiave adottando un'ottica tipicamente qualitativa/esponenziale.

Qui di seguito tentiamo un elenco, sia pure non esaustivo:

1. la visione politica di fondo della Regione, dalla cosiddetta «mercantilistica» forte alla «programmatoria» forte;
2. la presenza di assessori regionali che conoscono la materia;
3. la presenza di dirigenti regionali esperti e il principio di continuità;
4. la dinamica Regione/Province/Comuni;
5. le statistiche che dovrebbero consentire la conoscenza e la rappresentazione dei fenomeni da governare;
6. gli interessi sociali e politici consolidati su scala locale;
7. la vicinanza politica fra governo regionale e governo nazionale.

2. La visione politica di fondo della Regione

Spesso l'idea pro-mercato o quella pro-ruolo strategico del soggetto pubblico, del singolo assessore (ovvero del singolo governo regionale), hanno costituito punti di partenza che hanno contribuito a rendere assai difficile il raggiungimento di un punto di vista comune presso la commissione nazionale che raggruppa gli assessori regionali: tale commissione è un organo che raduna tutti gli assessori regionali, a seconda delle deleghe, e ha un insieme composito di compiti, quali la discussione, l'elaborazione e il coordinamento di proposte governative o rivolte al governo nazionale, così come l'offerta di pareri per la

Conferenza Stato-Regioni, così come, infine, la fissazione di criteri per la ripartizione di una parte dei fondi comunitari. Ciò è risultato assai rilevante nel caso delle scelte a favore dei servizi per l'impiego, ma anche nell'ambito delle decisioni da assumere sull'apprendistato o sull'accreditamento degli enti privati di formazione.
Puntare sulla cosiddetta «libertà del cittadino-utente» di scegliere come soddisfare il proprio bisogno diventava talvolta per alcuni il *totem* cui piegare tutte le regole: soggetti privati e soggetti pubblici si sarebbero contesi la domanda e tale competizione avrebbe garantito l'innalzamento della qualità delle prestazioni. Tutto ciò relegando, quindi, di fatto, in secondo piano il tema delle asimmetrie informative e delle problematiche del controllo. Altri invece insistevano sulla «regolazione del mercato» e sulla necessità di privilegiare il rafforzamento dei soggetti pubblici: il pluralismo dell'offerta sarebbe stato garantito da soggetti privati, rigorosamente accreditati e controllati. Tali «idealtipi», con vari gradi di «purezza» presenti nei diversi contesti, hanno rappresentato un fattore che ha talvolta impedito il raggiungimento delle intese unanimi necessarie per mettere in moto la Conferenza dei presidenti delle Regioni e per fornire risposte utili al governo nazionale.

3. Responsabilità politica e conoscenza

Nell'azione che si svolge all'interno del Coordinamento nazionale degli assessori e nel lavoro che si fa all'interno della singola Regione, il fatto che l'assessore regionale conosca bene la materia da governare oppure no, fa una notevole differenza.
A livello nazionale gli assessori «non a conoscenza» partecipano pochissimo alle discussioni e alle elaborazioni, oppure si fanno portatori di esigenze politicamente elaborate altrove e sostenute per dovere di appartenenza; spesso disertano gli incontri, salvo nel caso in cui si debbano fornire pareri politicamente significativi. Scattano allora la necessità politica e la testimonianza.
A livello regionale la divisione dei compiti fra politica e burocrazia, fra assessore e dirigente del servizio, può funzionare efficacemente solo a condizione che la politica sappia esprimere persone in grado di interagire con cognizione di causa con i propri dirigenti e funzionari. In caso contrario ci sarà il classico «scambio di ruoli» per cui il dirigente costruisce concretamente la «linea di governo» e il politico la rappresenta più o meno efficacemente, o si ricava solo qualche spazio per

curare al meglio le proprie relazioni nel territorio di riferimento. Talvolta, dopo qualche tempo, anche l'assessore che ha esordito «senza rete» può acquisire quelle conoscenze che gli consentono di affrancarsi della dipendenza dei tecnici. Il «*learning by doing*» tuttavia non è automatico; dipende dall'orizzonte politico dell'assessore, così come dal suo curriculum.

4. Direzione esperta e il principio di continuità

Il fattore umano appare ovviamente decisivo, anche nelle burocrazie pubbliche regionali. In presenza di legislazioni regionali e nazionali, così come di regolamenti comunitari, spesso di non agevole interpretazione, appare di rilevanza strategica disporre di dirigenti che possano vantare una conoscenza approfondita di tali normative, così come una continuità nel ruolo che esercitano e nel campo in cui intervengono. Come alcune ricerche hanno messo in evidenza, tale elemento di «continuità» ha spesso avuto effetti importanti per i processi di innovazione e/o di consolidamento del welfare regionale[1].

Nel caso, già ricordato, di una coppia formata da un assessore scarso conoscitore della materia e da un dirigente «esperto», è chiaro come sia il secondo a «guidare la danza»: invece che indirizzare la propria azione verso la individuazione delle scelte più congrue per le problematiche da affrontare o delle soluzioni più efficaci ai nodi problematici che si pongono (compito di una dirigenza all'altezza del suo ruolo), il dirigente sarà invece «costretto» a fare scelte politiche.

Nel caso invece di un dirigente non esperto e/o esordiente in quel ruolo, c'è il rischio di una macchina burocratica regionale che procede lentamente, aumenta le rigidità precedenti, fa fatica ad interpretare le normative e, quindi, si dimostra poco incline ad innovare, molto più propensa a conservare e a proseguire lungo i sentieri abituali.

5. La dinamica Regione/Province/Comuni

Soprattutto nell'ambito delle politiche della formazione e del lavoro, il gioco di squadra fra Regioni e Province è assolutamente essenziale. Alle prime spetta il compito di fissare i quadri entro cui si muovono le

[1] Pavolini E., 2003, *Le nuove politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

policy, alle seconde attuare in coerenza con ciò misure e interventi in grado di cogliere gli obiettivi prescelti. In alcuni casi le Regioni cedono alle Province la gran parte delle risorse del Fse (fino al 75%); in altri casi preferiscono ritagliarsi uno spazio maggiore: la filosofia di fondo dovrebbe essere quella di un «gioco» fatto insieme, in cui il protagonismo e l'autonomia delle Province si sposano con il ruolo di regolatore generale, proprio delle Regioni.
L'organizzazione dei Centri per l'impiego, ad esempio, è a titolarità provinciale, ma molte azioni volte all'innovazione partono dalle Regioni. Nel campo dell'apprendistato le risorse statali vengono ripartite dalle Regioni fra le Province, ma la legislazione per l'inquadramento dei profili professionali e dei profili formativi è a valenza regionale. E potremmo andare avanti con gli esempi.
Se il gioco di squadra non funziona e l'autonomia delle Province si trova a cozzare con il ruolo regionale, la coerenza delle policy e l'efficacia delle misure ne possono soffrire molto. C'è il rischio allora di una dispersione delle risorse comunitarie e di policy meno coerenti con il quadro programmatorio complessivo.
Nel campo delle politiche sociali il gioco di squadra è fra Regione e Comuni. Qui appare molto più difficile organizzare policy coerenti: solo nel caso di una fortissima condivisione del progetto culturale e politico i Comuni (con i Piani di zona negli ambiti territoriali) e la Regione (responsabile del Piano sociale regionale) possono costruire insieme un sistema regionale coerente.
L'esperienza e l'osservazione ci dicono che ciò accade in pochi contesti; in molti contesti il rapporto Regioni-Comuni è vissuto per lo più come il frutto di un processo amministrativo necessario, inevitabile.

6. Lo stato dell'informazione sociale

Un buon «policy-maker» dovrebbe sempre tenere presente l'importanza della conoscenza e della misurazione dei fenomeni su cui appare necessario intervenire. Lo stato delle statistiche sociali, invece, nel nostro paese è alquanto carente; ciò riguarda il mercato del lavoro, la formazione professionale, l'istruzione, così come i servizi sociali.
Tutte le volte che in sede di Coordinamento nazionale si è affrontato il problema di come ripartire fra le Regioni le risorse statali, dall'apprendistato alla dispersione scolastica, dalla disoccupazione al diritto allo studio, ci si è scontrati con statistiche molto lacunose e, conse-

guentemente, su criteri di riparto che lasciano puntualmente tutti insoddisfatti. Ogni anno si decide che il riparto dovrà basarsi su quei criteri per l'ultima volta; si nomina quindi una commissione di tecnici per approntare nuovi criteri. La commissione si imbatte puntualmente nelle statistiche che non cambiano e quindi si finisce con il ribadire «ancora per l'ultima volta» di rifarsi ai criteri degli anni passati!

Le ragioni dello stato così insoddisfacente delle statistiche sono molte: dalla carenza di attenzione (o di investimenti di risorse) dello Stato centrale, alla difficoltà oggettiva di misurare determinati fenomeni (quali ad esempio la «vera» dispersione scolastica), alla grande dimensione che l'economia irregolare raggiunge nel nostro paese, alle strategie di alcuni attori collettivi cui conviene alimentare «opacità» su alcuni fenomeni sociali.

Anche a livello locale si risente di queste carenze statistiche: ecco perché alcune Regioni (poche) provano a supplire con indagini o con misurazioni che, tuttavia, possono acquisire una grande valenza solo se possono essere ripetute sistematicamente allo scopo di aggiornare il quadro con continuità. Ciò accade in pochissimi casi, quando cioè gli osservatori sono dotati degli strumenti tecnici ed economici per «osservare davvero» o monitorare costantemente i fenomeni.

Del resto, in assenza di un quadro statistico nazionale soddisfacente, solo pochissime Regioni hanno la capacità di supplire pienamente a tali vuoti; e magari in una Regione ci si riesce per l'istruzione, in un'altra per i servizi sociali, ecc. Ciò significa che assai spesso le scelte del policy-maker sono basate su suggestioni e su intuizioni, piuttosto che su conoscenze sistematiche dei fenomeni.

7. Gli interessi sociali e politici consolidati su scala locale

È assai difficile, visto il meccanismo delle elezioni regionali, che un assessore regionale riesca ad operare con una visione delle problematiche e delle misure da adottare che non conceda qualche «privilegio» all'area geografica nella quale ha raccolto i propri voti. La provincia di riferimento dell'assessore esercita, generalmente, una sorta di «attrazione fatale» quando si tratta di fissare priorità, allocare finanziamenti, in una parola, «fare politica».

Il municipalismo e il localismo più sfrenato sono già, come è noto, malattie diffuse della democrazia italiana, quando poi non sfociano in concezioni rozze e camuffate di federalismo egoistico e «di abbando-

no». Se a tali «patologie» istituzionali, quasi normali, si aggiunge il particolarismo geo-locale di un assessore regionale, il corto circuito che si crea è palese e contribuisce ad acuire seriamente i problemi della governance.
Esistono poi gli interessi degli attori collettivi che devono essere composti in nome del bene pubblico e anche in questo caso la *costituency* elettorale del singolo assessore può esercitare effetti non irrilevanti: i diversi mondi associativi, categoriali e settoriali, con il loro carico di nodi storici da affrontare e di nuove problematiche da gestire, tenderanno a complicare fortemente l'azione di government regionale. Diventa decisiva, allora, l'elaborazione di una «vision» di medio-lungo periodo, che possa consentire l'elaborazione di una strategia efficace, la quale passa anche attraverso la ricomposizione e la rielaborazione delle priorità poste dagli attori collettivi.
Qualora invece un governo regionale non abbia provveduto a costruirsi una vision ampiamente comunicata e condivisa dalla maggioranza della società regionale, allora i problemi di governance si acuiranno moltissimo. La navigazione a vista, in tal caso, appare una conseguenza inevitabile con tutto quello che di negativo ciò sta a significare. Solo la vision, una forte collegialità di governo e la presenza di assessori davvero «regionali» possono garantire una guida efficace e policy adeguate.

8. La vicinanza politica tra governo regionale e governo nazionale

Non v'è dubbio come la vicinanza politica fra governo regionale e governo nazionale costituisca un fattore importante soprattutto per poter acquisire informazioni tempestivamente e per poter svolgere azioni efficaci di lobbying presso il governo «amico». In tali situazioni c'è sicuramente una maggiore possibilità di influire sulle priorità dell'agenda politica e sulle caratteristiche delle policy da attivare. Tuttavia le vocazioni «centralistiche» dei governi che si sono succeduti negli ultimi anni hanno sovente reso delicati anche i rapporti fra assessori regionali e ministri «vicini» sulle varie problematiche.
Nonostante si sia fatto un gran parlare di «federalismo», le tensioni fra governo centrale e governi regionali sulla ripartizione delle funzioni sono state non irrilevanti. I contrasti maggiori in ogni caso si verificano dove la divisione dei ruoli e delle funzioni appare la meta da conseguire tramite, tuttavia, un processo culturale e politico assai lento e

farraginoso. E questo potrebbe essere il modo giusto di descrivere l'attuale fase di attuazione della riforma del titolo V della Costituzione nell'ambito delle politiche dell'istruzione.

Anche nel caso di passaggio di funzioni a Regioni e Province, i contrasti con il governo nazionale permangono e riguardano principalmente i criteri dei trasferimenti così come la quantificazione delle risorse da trasferire. Tale è lo scenario che si determina spesso nel caso delle politiche della formazione e delle politiche attive del lavoro.

Nell'ambito delle politiche sociali ci troviamo in un contesto simile, dove ogni anno si ripete la battaglia tra Regioni e governo per le dimensioni del Fondo nazionale per le politiche sociali, così come sui vincoli di destinazione di determinate poste sociali.

Di altra natura il confronto sulle scelte politiche quando il governo non è «teoricamente» amico: ci si scontra di più sui contenuti, meno condizionati probabilmente nell'esprimere opinioni e punti di vista.

Federalismo fiscale: quale finanziamento per quali funzioni*

Maria Cecilia Guerra

In questo lavoro si discute dell'attuazione del «federalismo fiscale» nel nostro paese, concentrando l'attenzione sul legame che deve esistere fra la tipologia delle funzioni, legislative e amministrative, attribuite agli enti decentrati, le modalità di finanziamento che ne permettano l'esercizio, il disegno della perequazione. Su questo argomento si confrontano visioni diverse circa la solidarietà tra cittadini, l'autonomia degli enti territoriali e la loro responsabilizzazione, dietro alle quali emerge il conflitto redistributivo fra il Nord e il Sud del paese. Prendendo ad esempio le problematiche relative alla definizione e al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, si mostra come i nodi principali non riguardano tanto la predisposizione di una legge delega, rispetto alla quale ci si sta orientando su principi direttivi generali, spesso aperti a interpretazioni diverse, quanto l'individuazione delle modalità effettive della sua attuazione.

1. Introduzione

Il dibattito sul «federalismo fiscale» nel nostro paese è prioritariamente concentrato sulle problematiche relative all'attuazione dell'art. 119 della Costituzione, come riscritto dalla riforma del titolo V, entrata in vigore nel 2001, che detta i principi cui deve ispirarsi il finanziamento degli enti territoriali. Come si argomenterà in quanto segue, queste problematiche non possono però essere considerate disgiuntamente da quelle relative all'attuazione di altri articoli della Costituzione, segnatamente il 114, il 116, il 117, il 118 e il 120.

In un quadro ben definito delle competenze, legislative e amministrative, la nuova struttura di finanziamento degli enti decentrati dovrebbe rispondere alla duplice finalità di riconoscere ampia autonomia a tutti i livelli di governo, richiedendo, al tempo stesso, che il sistema pubblico nel suo complesso sia in grado di garantire l'esercizio dei diritti sociali e civili su tutto il territorio nazionale. Da un lato, infatti, il

* Finito di scrivere il 15 settembre 2008.

riconoscimento di margini di autonomia nel reperimento delle risorse permette agli enti decentrati di differenziare la propria offerta di servizi, sia quantitativamente che qualitativamente, per soddisfare le specifiche preferenze delle comunità che li compongono; rende inoltre evidente il collegamento fra decisioni di spesa e decisioni di entrata, e ne permette un maggior controllo e una valutazione più attenta da parte dei cittadini, contribuendo a responsabilizzare gli amministratori circa le conseguenze delle proprie scelte. Dall'altro lato, la tutela costituzionale assicurata al finanziamento integrale delle funzioni che gli enti decentrati sono chiamati istituzionalmente a svolgere, ivi comprese quelle richieste dalla realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) a garanzia dei diritti sociali ed economici che devono essere assicurati in modo uniforme e adeguato su tutto il territorio nazionale e la cui determinazione è affidata alle competenze esclusive dello Stato (art. 117, lettera *m*), esalta il valore della solidarietà fra cittadini, che è l'essenza stessa della concezione unitaria dello Stato.

Tenere insieme autonomia e solidarietà non è però facile. Non solo perché la definizione e i confini di questi due concetti non sono universalmente condivisi, ma anche perché la situazione di partenza presenta un insieme di problemi, sotto il profilo istituzionale e politico-economico, di non facile soluzione.

Per quanto riguarda il profilo istituzionale, va innanzitutto ricordato che il quadro delle competenze legislative e amministrative dei diversi livelli di governo non può dirsi né ben definito né compiutamente assestato. La riforma del titolo V ha infatti comportato una discussa attribuzione sia di alcune importanti funzioni legislative (ad esempio, ponendo la previdenza complementare, la tutela e la sicurezza del lavoro e le grandi reti di trasporto fra le materie concorrenti, anziché fra quelle esclusive statali) sia di quelle amministrative (ampiamente devolute agli enti locali). L'introduzione del federalismo fiscale andrebbe poi preceduta, o almeno coordinata con la necessaria ridefinizione delle funzioni degli enti locali, in particolare per quanto riguarda la corretta individuazione delle funzioni fondamentali (che l'art. 117, lettera *p*, della Costituzione affida alla competenza legislativa esclusiva dello Stato) e un'auspicata razionalizzazione dei livelli di governo, che permetta di attribuire ad un solo livello la responsabilità, dal punto di vista amministrativo, di ogni specifica funzione. L'art. 119 della Costituzione rende poi particolarmente complesso il disegno del finanziamento degli enti decentrati, in quanto preclude il ricorso, molto comune nelle altre realtà federali, a trasferimenti, intergovernativi, di-

versi da quelli di natura perequativa; solleva inoltre problemi interpretativi per quanto riguarda la perequazione territoriale, facendo riferimento sia al principio della capacità fiscale sia a quello del fabbisogno (attraverso la garanzia del finanziamento integrale delle funzioni pubbliche attribuite agli enti decentrati). L'equiparazione allo Stato di tutti gli enti territoriali, operata dall'art. 114 della Costituzione, richiederebbe una condivisione e un coordinamento difficile da realizzare fra enti con interessi molto spesso in competizione. Si aggiunge a questo il problema specifico delle cinque Regioni a statuto speciale, alle quali sono riconosciute competenze differenziate, non solo rispetto alle Regioni a statuto ordinario, ma anche le une dalle altre, e che sono pure finanziate con modalità differenziate. Il drenaggio di risorse compiuto da queste Regioni richiederebbe, quanto meno, che esse fossero chiamate a partecipare ai meccanismi perequativi ispirati al criterio della solidarietà, ma è difficile intervenire sullo status quo senza prevedere revisioni del testo costituzionale.

Per quanto riguarda il profilo politico-economico, il federalismo fiscale si scontra con il nodo, irrisolto, del dualismo territoriale che caratterizza il nostro paese, il quale comporta non solo una significativa differenziazione dei livelli di reddito pro capite e quindi anche della capacità fiscale, ma anche un forte divario nelle dotazioni di infrastrutture. Il quadro è complicato dal radicamento, in alcune regioni del paese, di organizzazioni criminali che esercitano un diffuso controllo sul territorio. Gli interessi, non convergenti, delle due parti del paese, tendono poi a trovare una rappresentanza politica, anch'essa fortemente radicata territorialmente, che ha quindi, per la sua stessa sopravvivenza, margini di disponibilità al confronto e al compromesso più limitati. Un ostacolo di grande rilievo è infine rappresentato dalla mancanza di dati statistici attendibili, che permettano una valutazione quantitativa delle poste in gioco: il gettito dei tributi, la dimensione del finanziamento perequativo, il calcolo dei fabbisogni, l'impatto dell'abolizione degli attuali trasferimenti, la valutazione di performance dei diversi enti. Si tratta però di valutazioni che sono indispensabili per capire se le ipotesi di cui si discute sono o meno compatibili con le finalità che vengono loro assegnate, se sono finanziariamente sostenibili e quali effetti distributivi comportano.

Tutti questi elementi rendono evidente che forse ancora più che il disegno del nuovo assetto del finanziamento degli enti territoriali a regime, che è l'oggetto principale delle proposte di legge delega sino ad ora circolate, il punto critico della riforma sarà la sua traduzione in termini quantitativi e l'individuazione dei tempi e dei modi della tran-

sizione; temi che si vorrebbe invece rimandare ai decreti di attuazione. È proprio su questi aspetti, su cui la discussione nel nostro paese è ancora particolarmente arretrata, che emergeranno, inevitabilmente, le più importanti diversità di vedute e i maggiori contrasti di interesse.
In questo lavoro si affronteranno, con un diverso grado di approfondimento, solo alcuni dei problemi qui richiamati, adottando come linea di lettura trasversale il tema del collegamento che deve essere stabilito fra modalità di finanziamento, tecniche di perequazione e caratteristiche delle funzioni affidate ai diversi livelli di governo.
Questo tema verrà affrontato facendo riferimento ai principali disegni di legge delega che sono stati e sono oggetto di confronto nel nostro paese, con particolare attenzione alla bozza presentata dal ministro Calderoli, nella versione, rivista, del 3 settembre 2008.
Non ci sarà invece spazio per occuparsi delle problematiche, cui viene dato tanto rilievo nel dibattito istituzionale e politico, relative al coordinamento del prelievo tributario fra livelli di governo e all'individuazione dei tributi propri più adeguati al finanziamento degli enti decentrati, né di quelle riguardanti il patto di stabilità interno.

2. Il legame fra finanziamento e funzioni e la titolarità dei tributi erariali

Una importante divergenza di vedute, nell'interpretare la necessità e le modalità con cui, in un contesto di federalismo fiscale, deve avvenire la sintesi fra solidarietà e autonomia, riguarda l'esplicitazione e l'articolazione del legame che deve essere riconosciuto fra entità e modalità del finanziamento e natura delle funzioni affidate ai diversi enti, legame che incide anche, significativamente, sulla filosofia e le caratteristiche del fondo perequativo. Questa divergenza emerge con chiarezza dal confronto fra il disegno di legge presentato nell'estate del 2007 dal Governo Prodi e quello, contestuale, del Consiglio regionale della Lombardia, fatto proprio dal programma elettorale del Popolo delle libertà e che, per alcuni importanti aspetti, influenza anche l'impostazione seguita dalla bozza Calderoli.

2.1 I disegni di legge del Governo Prodi e del Consiglio regionale della Lombardia

Il d.d.l. del Governo Prodi lega esplicitamente modalità e ammontare del finanziamento dei diversi livelli di governo alle funzioni di cui essi

sono responsabili. In particolare, riconosce alle spese delle Regioni relative ai Lep (art. 117, c. 2, lettera *m*, della Costituzione) a garanzia dei diritti sociali e economici di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, e alle spese relative alle funzioni fondamentali svolte dagli enti locali (art. 117, c. 2, lettera *p*, della Costituzione), un finanziamento integrale, garantito dallo Stato. Il finanziamento si compone di un'apposita dotazione fiscale, riconosciuta alle Regioni, e di trasferimenti perequativi di tipo verticale (cioè dallo Stato agli enti decentrati), ispirati al criterio del fabbisogno, da valutarsi con riferimento a costi standard, per prestazioni erogate in condizioni di efficienza e appropriatezza. L'idea di solidarietà a cui il d.d.l. si ispira richiede quindi che sia lo Stato a farsi garante della tutela dei Lep, in quanto questi sono considerati espressione imprescindibile dei diritti di cittadinanza.
Minore necessità di tutela e maggiore autonomia di finanziamento è invece riconosciuta alle altre spese regionali e locali il cui finanziamento, affidato in forma prevalente a compartecipazioni o addizionali o sovrimposte di tributi erariali, è assistito da una perequazione (incompleta) ispirata al principio della capacità fiscale. È in quest'ambito che si sviluppa maggiormente la possibilità di un'offerta differenziata a livello locale, relativamente alla quale gli enti decentrati che vogliano offrire di più possono farlo, rispondendo direttamente ai propri cittadini delle risorse che da essi prelevano.
Il legame fra finanziamento e funzioni passa invece in secondo piano nel progetto di legge della Regione Lombardia, il cui principio ispiratore è quello secondo cui il gettito dei tributi che origina da un territorio, anche qualora sia relativo a tributi erariali, appartiene a quel territorio, indipendentemente da quali siano le funzioni che con tali risorse devono essere finanziate. Coerentemente con questo principio, il finanziamento delle Regioni deve avvenire, prevalentemente, con forme di compartecipazione ai tributi erariali. Si prevede, in particolare, uno spostamento rilevante, a favore delle Regioni, del gettito attualmente incamerato dallo Stato attraverso i due principali tributi, Irpef e Iva[1].

[1] La proposta quantifica esplicitamente questo spostamento di gettito: per l'Irpef si tratterebbe di prevedere un'imposta regionale sul reddito delle persone fisiche, che sostituisce l'attuale addizionale, da applicarsi con aliquota, inizialmente uniforme, non inferiore al 15%, a cui dovrebbe corrispondere una riduzione compensativa delle aliquote erariali (il che equivarrebbe ad attribuire alle Regioni più del 50% dell'attuale gettito dell'Irpef); l'attuale compartecipazione all'Iva verrebbe quasi raddoppiata passando a non meno dell'80%. Alle Regioni

I trasferimenti perequativi previsti dal progetto lombardo sono di tipo orizzontale: sono cioè concepiti come trasferimenti da parte delle Regioni più ricche alle Regioni più povere, monitorati dalle prime, che ne sindacano l'impiego efficiente e sono arbitre di ridurli in caso di «sprechi». Essi avrebbero il duplice scopo di garantire il finanziamento dei livelli «minimi» essenziali delle prestazioni e di colmare, per non più del 50%, la differenza nelle capacità fiscali.
L'idea di solidarietà che emerge in questo approccio è quindi significativamente diversa da quella che caratterizza il progetto del Governo Prodi: la tutela dei livelli essenziali, definiti non a caso «minimi», invece che discendere da un diritto di cittadinanza riconosciuto a tutti gli individui che appartengono allo Stato unitario, indipendentemente dalla loro residenza in questo o quel territorio, si configura come un atto di benevolenza esercitato dai territori ricchi nei confronti dei territori poveri. I limiti posti alla perequazione delle capacità fiscali riflettono poi l'idea che il diritto dei singoli territori ad appropriarsi della «propria» ricchezza deve far premio sull'impossibilità che molti enti decentrati incontrano a finanziare adeguatamente le proprie funzioni, indipendentemente da quale sia la natura delle stesse, in ragione non di una loro specifica inefficienza o irresponsabilità, ma del fatto che i tributi ad essi assegnati hanno una base imponibile distribuita in modo molto sperequato a livello territoriale.

2.2 La bozza Calderoli e il finanziamento dei Lep

A fronte dell'evidente distanza fra i due approcci sinteticamente richiamati, è interessante chiedersi quale sia la linea seguita dall'attuale governo, che ha annunciato la presentazione di un disegno di legge delega sul federalismo fiscale come collegato alla legge finanziaria per il 2009.
Una bozza di questo disegno di legge, curata da un gruppo di lavoro coordinato dal ministro Calderoli, che tiene conto di alcune osservazioni effettuate da Province e Comuni su una prima versione di fine luglio, è stata diffusa il 3 settembre. Ad essa si farà riferimento in quanto segue. Pur essendo ancora un testo in via di elaborazione, essa rende evidente come, nel dibattito post-elettorale, sia rapidamente

verrebbe inoltre riconosciuto l'intero gettito delle accise, dell'imposta sui tabacchi e di quella sui giochi, nonché quello dell'imposta sostitutiva sui fondi pensione complementari (per la parte riconducibile a residenti della singola Regione).

maturata la consapevolezza della centralità del legame fra modalità e ammontare del finanziamento agli enti decentrati e tipologie di funzioni che essi sono chiamati a svolgere. La posizione espressa dal d.d.l. della Lombardia è stata quindi, sotto questo profilo, rapidamente abbandonata. La bozza Calderoli ripropone esplicitamente la distinzione fra spese relative ai Lep e altre spese regionali fatta dal d.d.l. Prodi. Come quest'ultimo, di cui riprende ampi passaggi, riconosce alla prima tipologia di spese un finanziamento integrale, il cui ammontare deve essere valutato secondo i costi standard, assistito da una perequazione totale delle risorse, ispirata al criterio di fabbisogno.
Esiste però un'importante differenza. Nel d.d.l. Prodi la perequazione è esplicitamente disegnata come perequazione *verticale*, garantita cioè dallo Stato attraverso un fondo finanziato prevalentemente con la fiscalità generale. La bozza Calderoli, in sintonia con il progetto lombardo e non senza un qualche margine di ambiguità, viste le differenze di vedute che esistono sul punto anche all'interno del centrodestra, propende per una perequazione *orizzontale*, che avvenga cioè con trasferimento di risorse dalle Regioni più ricche alle Regioni più povere. Per potere ottenere questo risultato, occorre che (come prevede l'art. 7, c. 3, lettera *g*, della bozza) il fondo perequativo venga alimentato da quote di compartecipazione a questo o quel tributo erariale, precisamente individuate e, soprattutto, che queste compartecipazioni siano poi ripartite fra le Regioni secondo criteri di «territorialità» in modo che le stesse ne divengano *titolari*.
È evidente che l'ammontare finale delle risorse che le Regioni ottengono con un sistema di perequazione orizzontale o verticale potrebbe essere il medesimo, purché si parta da una medesima definizione e quantificazione dei fabbisogni standard che devono essere integralmente garantiti. Ma la filosofia, e con essa la scelta politica, che sta dietro ai due approcci è, come si è già ricordato, molto diversa ed è quindi molto plausibile che essa possa condizionare significativamente l'esito finale. Alla redistribuzione di risorse *fra cittadini* di un unico Stato, che congiuntamente decidono il grado di tutela dei diritti sociali e civili che l'appartenenza a questo Stato assicura loro e le modalità attraverso cui conferire allo Stato che li rappresenta le risorse necessarie per il finanziamento di tale tutela (che è il motivo per cui la determinazione dei Lep è materia di competenza esclusiva statale), si sostituisce la redistribuzione *fra territori*: il diritto alla salute, all'assistenza, all'istruzione dei cittadini residenti nelle Regioni povere, qualunque sia la loro situazione personale, viene fatto discendere da un atto di «ge-

nerosità» delle Regioni ricche. Non meraviglia che, entro lo schema di perequazione orizzontale prospettato, le Regioni più ricche si battano perché le aliquote dei tributi e delle compartecipazioni che finanziano i Lep siano determinate a un livello tale da renderle autosufficienti. Ciò eviterebbe loro lo «stigma» sociale di dovere figurare fra le beneficiarie del fondo di perequazione[2]. Inoltre, se le Regioni autosufficienti fossero più d'una, quelle più ricche otterrebbero dallo Stato risorse in eccesso rispetto ai propri fabbisogni.

Ai trasferimenti orizzontali viene riconosciuto il merito e il compito primario di rendere «trasparenti» i rapporti fra Regioni, evidenziando quali sono quelle che danno e quelle che ricevono. Va però sottolineato che anche i trasferimenti verticali rispondono a un criterio, seppure diverso, di trasparenza. Dal momento che il loro ruolo è coprire il gap fra tributi propri finalizzati al finanziamento dei Lep e fabbisogni standard, alle Regioni più povere arriva un trasferimento perequativo più alto rispetto alle Regioni ricche e ciò rende «trasparente l'operare di un meccanismo di solidarietà *nazionale* a loro favore, piuttosto che quello "immaginario", di una solidarietà interregionale realizzata su tributi nazionali» (Pisauro, 2006, p. 211).

La questione merita ulteriori specificazioni. Nello schema della bozza Calderoli, a parità di ammontare complessivo, il fondo perequativo che serve per finanziare i Lep può essere alimentato con combinazioni diverse di compartecipazioni a questo o quel tributo erariale. Queste compartecipazioni debbono poi essere ripartite fra le Regioni secondo un qualche criterio di territorialità. È allora evidente che la quota di competenza delle compartecipazioni destinate alla perequazione che sarà di titolarità della Regione A piuttosto che della Regione B (e quindi il suo successivo grado di partecipazione alla redistribuzione perequativa come beneficiaria o donatrice) dipende crucialmente, non solo dalla combinazione prescelta fra i tanti tributi erariali disponibili, ma anche dalla scelta circa il criterio di territorialità adottato. Sotto il primo profilo, la bozza Calderoli sembra privilegiare la scelta di una compartecipazione all'Iva, un'imposta che è caratterizzata da una distribuzione meno sperequata regionalmente di quanto non lo sia, ad esempio, quella dell'Irpef. Sotto il secondo profilo, essa indica un insieme di criteri di territorialità. Alcuni di questi sono con-

[2] La bozza Calderoli non sceglie fra tre diversi scenari, in cui l'autosufficienza è garantita alla sola Regione più ricca – la Lombardia – o, alternativamente, alle tre o addirittura alle sei Regioni più ricche.

divisi e consolidati (il luogo di consumo per l'imposta sui consumi), altri di difficile declinazione (le modalità di coinvolgimento dei diversi livelli istituzionali nell'attività di lotta all'evasione e all'elusione fiscale), altri possono dare luogo a ripartizioni anche molto differenziate a seconda di quale ne sia l'effettiva applicazione, come nel caso della scelta, alternativa, fra luogo di residenza del percettore o luogo di produzione, nel caso delle imposte sul reddito. Essa ripropone, a livello regionale, molte delle problematiche che si incontrano a livello internazionale circa la ripartizione dei tributi sui redditi, nella loro diversa articolazione (sui redditi di lavoro, sui redditi di capitale e sulle società) secondo il principio di residenza o della fonte. Se ne deduce che, nella sua applicazione pratica, il principio di territorialità, da cui dipende la titolarità di ogni singola Regione su quote dei tributi erariali è più ambiguo e meno neutrale di quanto potrebbe apparire.

2.3 La bozza Calderoli e il finanziamento delle altre funzioni regionali

Il criterio del fabbisogno non è il criterio rilevante per definire il finanziamento delle funzioni regionali diverse dai Lep, nel progetto di Calderoli come in quello di Prodi. Si tratta di funzioni «residuali» nei bilanci delle Regioni (poco più del 20% del totale), per le quali è molto difficile impostare una valutazione ai costi standard, specialmente in quanto non si traducono in prestazioni rivolte ai singoli cittadini, e che non hanno lo stesso grado di tutela costituzionale dei livelli essenziali. Anche con riferimento all'esercizio di queste funzioni, si pone però un problema di equilibrio fra autonomia e solidarietà, onde evitare che l'effettivo esercizio delle stesse venga a dipendere esclusivamente dalla diversa ricchezza dei territori. Il criterio equitativo a cui si fa riferimento in questo caso è quello secondo cui bisogna ridurre le differenze nelle dotazioni finanziarie degli enti territoriali del medesimo livello che non discendono da scelte che siano sotto il loro controllo. A questo criterio si ispira il principio che punta alla perequazione delle capacità fiscali[3]. Se realizzato pienamente esso richiede che siano equiparati i gettiti fiscali (pro capite) che i singoli territori possono ottenere dai tributi oggetto di perequazione quando questi vengano prelevati secondo una medesima aliquota (aliquota standard). In questo modo si eliminano quelle differenze di gettito (la capacità fi-

[3] Per una trattazione più ampia dei temi della perequazione si veda Macciotta e Zanardi (2006).

scale, appunto) che non discendono da irresponsabilità fiscale dell'ente, ma dal fatto che i tributi scelti non hanno una base imponibile distribuita in modo uniforme fra territori.

Ovviamente una cattiva distribuzione della base imponibile può dipendere anche da un minor sforzo profuso dalle amministrazioni territoriali nel contrastare il fenomeno dell'evasione fiscale. Se la perequazione della capacità fiscale fosse integrale non ci sarebbe nessun incentivo a superare questo problema. Per questo, la valutazione della capacità fiscale del singolo ente può essere integrata con una misura dell'evasione specifica del territorio, o alternativamente, si può prevederne un'equiparazione non integrale, per lasciare un incentivo agli enti ad aumentare la propria base imponibile, o ancora, come suggerito dalla bozza Calderoli, si può ipotizzare che, a partire da un certo momento, il recupero della base imponibile evasa non venga considerato ai fini della perequazione e vada quindi integralmente a beneficio dell'ente che lo realizza.

La perequazione della capacità fiscale non esclude la differenziazione nel gettito, pro capite, che i diversi enti possono ottenere dall'applicazione dei tributi, purché essa dipenda dal ricorso ad un maggiore sforzo fiscale. Ciò che viene perequato è infatti, come si è detto, la capacità fiscale relativa a tributi di applicazione generale, valutata ad un'aliquota standard. Se all'ente sono lasciati margini di libertà (autonomia) nel fissare l'aliquota del tributo, potrà decidere di fissarla ad un'aliquota maggiore o minore di quella standard per finanziare meno o più servizi, di qualità più o meno alta. Potrà inoltre, ovviamente, tradurre la sua eventuale maggiore efficienza nel produrre un determinato servizio in maggiori risorse da poter spendere in altri servizi o in una minore pretesa fiscale nei confronti dei suoi cittadini. Questo è vero però anche per i Lep, per i quali è riconosciuto un finanziamento ai costi standard, che favorisce le Regioni più efficienti e penalizza, stimolandole al tempo stesso ad una migliore performance, le Regioni meno efficienti.

L'equilibrio fra solidarietà e autonomia nella perequazione delle capacità, si gioca allora con riferimento a tre importanti parametri: quali sono i tributi interessati; come viene definita l'aliquota standard; in quale misura si perequa.

Tributi oggetto di perequazione. I tributi regionali possono avere diversa natura. Si può trattare di tributi istituiti con una legge statale, che ne disciplina gli elementi strutturali e definisce i margini entro i quali le singole Regioni possono esercitare la propria autonomia (ad es. una

forcella entro cui variare l'aliquota propria rispetto a quella base definita dalla legge statale, come nel caso dell'Irap). A questi tributi, che vengono generalmente chiamati «tributi propri derivati» possono essere assimilate anche le riserve di aliquota su tributi erariali. Si possono poi avere tributi istituiti con legge delle singole Regioni su materie, diverse da quelle delle imposte erariali, da esse stesse individuate. La perequazione delle capacità fiscali può interessare solo la prima delle due categorie indicate, non essendo possibile individuare un concetto di aliquota standard con riferimento a tributi eterogenei. La perequazione della capacità fiscale sarà quindi tanto maggiore quanto più è ampia la quota di finanziamento delle funzioni regionali diverse dai Lep affidata a tributi propri derivati, riserve di aliquote e compartecipazioni su tributi erariali.

È bene notare che, poiché richiede tributi confrontabili nei loro elementi strutturali, la perequazione delle capacità fiscali può entrare in collisione con una concezione di autonomia fiscale degli enti decentrati che non riguardi solo la possibilità di graduare l'aliquota del prelievo o di articolarlo in modo diverso fra i diversi tributi su cui si dispone di margini di manovra, ma che conceda all'ente decentrato anche la possibilità di differenziarlo fra contribuenti, ad esempio incentivando fiscalmente certe categorie di imprese, valorizzando i soggetti non-profit che operano sul territorio, scegliendo una diversa articolazione degli aiuti fiscali alle famiglie o ai soggetti più bisognosi, e così via, come suggerito dall'approccio, fatto proprio anche dalla bozza Calderoli, della cosiddetta «sussidiarietà fiscale».

Definizione dell'aliquota standard. L'aliquota standard è il parametro cruciale per definire il quantum della perequazione. Si può trattare di un'aliquota (minima o d'equilibrio, e cioè adeguata a garantire un certo gettito aggregato) fissata per legge, oppure dell'aliquota media, ponderata per la base imponibile, fra quelle scelte liberamente dai diversi enti.

Misura della perequazione. La perequazione può puntare all'eliminazione o alla semplice riduzione delle differenze esistenti nelle capacità fiscali. Una perequazione non integrale, come si è detto, incentiva l'ente a evitare riduzioni della propria base imponibile, prima fra tutte quella indotta da fenomeni di evasione. Il favore per una riduzione molto parziale delle differenze nelle capacità fiscali è però generalmente motivato dall'adesione a un criterio equitativo diverso. Si tratta dell'idea che le sperequazioni fra capacità fiscali che riflettono un divario nella distribuzione del reddito e della ricchezza fra territori non devono es-

sere totalmente superate, in quanto i territori più ricchi lo sono in ragione della maggiore operosità dei soggetti che ne fanno parte. I tributi che tali soggetti pagano devono quindi rimanere in larga parte sul territorio in cui essi risiedono e garantire a loro e alle loro imprese un accesso ai servizi pubblici più articolato e più ampio, o una pressione fiscale più bassa, fatta salva la garanzia di sopravvivenza/operatività anche per i territori più arretrati. Questa visione è fatta esplicitamente propria, coerentemente con la sua impostazione generale, dal disegno di legge lombardo. Esso richiede che il fondo perequativo riduca «di non oltre il 50%» le differenze di capacità fiscale per abitante. Si tratta di una posizione che rende evidente il peso che il conflitto distributivo Nord/Sud viene inevitabilmente a giocare nel dibattito sul federalismo fiscale nel nostro paese.

Per capire come sono definiti i parametri che concorrono a determinare la perequazione della capacità fiscale nella bozza Calderoli, occorre premettere che essa prevede che i trasferimenti statali che attualmente finanziano le funzioni regionali diverse dai Lep siano trasformati in un'addizionale regionale all'Irpef. Il nuovo valore dell'aliquota di questa addizionale (aliquota d'equilibrio) deve essere fissato ad un livello sufficiente ad assicurare al complesso delle Regioni un ammontare di risorse tali da compensarle esattamente per i trasferimenti soppressi. Il gettito di questa addizionale viene assegnato direttamente alle Regioni. Una volta terminato il periodo di transizione destinato al superamento graduale del criterio della spesa storica, una quota di questo gettito finanzierà un fondo[4] destinato a perequare la capacità fiscale. Il parametro per la perequazione è l'aliquota media, nazionale, pro capite (il gettito dell'addizionale che deriva dall'applicazione dell'aliquota di equilibrio diviso il numero degli abitanti). Le Regioni che hanno un'aliquota pro capite superiore a quella media nazionale non ricevono nulla. Le altre partecipano al fondo, che ha quindi la finalità di ridurre le distanze fra la capacità fiscale che riguardino esclusivamente l'addizionale Irpef. La scelta, lasciata all'autonomia delle singole Regioni, di modificare attraverso esenzioni, deduzioni, detrazioni, ecc. il gettito della propria imposta modifica l'aliquota media presa a riferimento e potrebbe quindi ripercuotersi sul livello

[4] In realtà si tratta della seconda componente dell'unico fondo perequativo a destinazione non vincolata, in cui rientra anche la componente destinata alla perequazione dei fabbisogni standard relativi ai Lep.

globale della perequazione[5]. Nel complesso la misura della perequazione viene quindi a dipendere da parametri che l'attuale formulazione della delega non specifica, rimandandola ai decreti legislativi: la quota di addizionale che confluisce nel fondo perequativo, il grado di riduzione delle distanze fra le capacità fiscali, che si intende perseguire, l'autonomia lasciata ai singoli enti per manipolare il gettito della propria addizionale. Non è possibile quindi escludere un esito analogo a quello prefigurato dal d.d.l. lombardo.

2.4 Gli interventi straordinari

Per attenuare il rischio che la realizzazione del federalismo fiscale sia vista, principalmente, come una modalità attraverso cui si vuole ridurre drasticamente la redistribuzione di risorse dal Nord al Sud del paese, la bozza Calderoli fa affidamento a due diverse misure, pensate principalmente per il Sud.

La prima riguarda la previsione esplicita degli interventi speciali a favore di specifiche realtà territoriali, previsti dal quinto comma dell'articolo 119 della Costituzione per «promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni». Questi interventi devono essere finanziati con contributi speciali dal bilancio dello Stato, con i finanziamenti dell'Unione europea, con i cofinanziamenti nazionali. I loro obiettivi e i criteri di utilizzazione devono essere oggetto di intesa in sede di Conferenza unificata (Stato, Regioni, città e autonomie locali) e disciplinati con i provvedimenti annuali che determinano la manovra finanziaria. È importante che questo tema, così rilevante, sia considerato come strettamente collegato a quello affrontato nel paragrafo precedente: è infatti evidente che il finanziamento straordinario sarà tanto più credibilmente diretto a colmare i ritardi, specialmente nelle infrastrutture, delle Regioni più arretrate, non solo quanto più ne sarà monitorato l'utilizzo ma anche quanto più si garantirà, al tempo stesso, a tale Regioni un finanziamento ordinario adeguato alle loro esigenze di funzionamento.

La bozza Calderoli prevede poi l'individuazione, in conformità con il

[5] La ripartizione del fondo perequativo è anche in funzione inversa rispetto alla dimensione demografica dell'ente.

diritto comunitario, di «forme di fiscalità di sviluppo con particolare riguardo alla creazione di nuove attività di impresa, al fine di promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà». Si tratta, in tutta evidenza, di un principio direttivo troppo generico, che non individua né i tributi coinvolti, né le modalità che garantiscano la conformità fra l'intervento proposto e le norme comunitarie contro gli aiuti di Stato e lo rendano quindi credibile, né l'estensione temporale, regionale e quantitativa dell'agevolazione, necessari per valutarne l'impatto finanziario.

3. Il legame fra finanziamento e funzioni amministrative

L'importanza di collegare modalità di finanziamento, strumenti di perequazione e funzioni è evidente anche con riferimento alle funzioni svolte dagli enti locali.

Mentre, come si è visto, per le funzioni *legislative* regionali si ricorre alla distinzione fra funzioni relative ai Lep e altre funzioni. La distinzione rilevante per le funzioni *amministrative* svolte dagli enti locali è fra funzioni «fondamentali», individuate dalla legge statale ai sensi della lettera *p* del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, e altre funzioni. Sembra ormai condivisa l'idea che alle funzioni «fondamentali» si debba riconoscere una maggiore tutela finanziaria. Resta però il fatto che, in analogia a quanto si dirà più diffusamente con riferimento ai Lep, quali siano le funzioni fondamentali ancora non si sa, né esistono criteri condivisi che facciano sperare in un facile accordo sul tema. In assenza di una definizione per queste funzioni, e quindi, residualmente, per le altre, riesce però difficile valutare la sostenibilità finanziaria del quadro che si viene a delineare.

Un altro problema molto discusso è se il finanziamento delle funzioni amministrative svolte dagli enti locali debba essere garantito alle Regioni che poi lo distribuiscono secondo propri criteri agli enti locali, o agli enti locali stessi. La risposta a questo interrogativo potrebbe essere diversa a seconda che le funzioni amministrative riguardino materie di competenza legislativa regionale o statale, e che siano attualmente svolte dai Comuni e dalle Province o ad esse devolute dopo l'attuazione del «federalismo fiscale». La difformità di vedute sul grado di coinvolgimento e potere che si vuole riconoscere alle Regioni non riguarda solo il campo della definizione del finanziamento delle funzioni fondamentali e della ripartizione dei trasferimenti perequativi statali

fra gli enti locali, ma anche la rimodulazione delle regole e dei vincoli del patto di stabilità interno definito a livello nazionale, in modo da adattarli alle diverse situazioni finanziarie esistenti fra tali enti. Il tema è molto conflittuale in un contesto caratterizzato da una forte tradizione municipale, ma con ampi poteri legislativi riconosciuti alle Regioni e una rilevante frammentazione dei Comuni, la maggior parte dei quali di dimensione molto contenuta[6] e quindi non in grado di svolgere in modo compiuto ed efficiente tutte le funzioni attribuite.

La bozza Calderoli scioglie in modo solo molto parziale i problemi relativi agli argomenti richiamati, che sono quindi rimandati ai decreti di attuazione.

Essa classifica le funzioni degli enti locali, distinguendo fra «funzioni fondamentali» e altre funzioni, ma non detta alcun criterio per l'individuazione fattiva delle prime, né è chiaro se e come garantisca loro una tutela finanziaria di grado superiore.

Il finanziamento degli enti locali, come quello delle Regioni, è assicurato da un insieme di tributi propri e compartecipazioni e da quote di un fondo perequativo. Il fondo perequativo, distinto per Comuni e Province, è istituito nel bilancio delle Regioni ed è finanziato con risorse statali inizialmente pari ai trasferimenti di parte corrente e in conto capitale attualmente riconosciuti dallo Stato agli enti locali. Viene poi ripartito tra i singoli enti in base a due diversi indicatori di fabbisogno. Il primo, relativo alla spesa corrente, è un indicatore di fabbisogno finanziario, ed è rappresentato dalla differenza fra spesa corrente (al netto degli interessi) standardizzata e tributi propri di applicazione generale, anch'essi standardizzati, e cioè valutati secondo un'aliquota di riferimento. La spesa standardizzata è la spesa pro capite media calcolata con riferimento all'insieme degli enti, corretta per tenere conto di un insieme di fattori che possono rendere necessario ad un Comune o ad una Provincia effettuare spese pro capite più elevate rispetto agli altri enti di pari livello: dimensione demografica, caratteristiche territoriali (es. presenza di zone montane), caratteristiche demografiche, sociali e produttive. Il peso di questi fattori nella determinazione del fabbisogno del singolo ente è determinato con tecniche statistiche, utilizzando i dati di spesa storica dei singoli enti, in cui viene anche ricompresa la spesa relativa a servizi esternalizzati o svolti in forma associata.

Il secondo indicatore, relativo alla spesa in conto capitale, riguarda il

[6] L'86,1% dei Comuni italiani sono sotto i 10.000 abitanti.

fabbisogno di infrastrutture, ed è determinato in coerenza con la programmazione regionale di settore. Il testo non chiarisce però se la perequazione proposta debba essere parziale o totale, né se essa riguardi tutta la spesa corrente e quindi anche le spese relative alle funzioni fondamentali. In caso di risposta affermativa a questa seconda domanda, non si avrebbe differenziazione nel grado di tutela fra spese relative alle funzioni fondamentali o alle altre funzioni. In caso di risposta negativa, non verrebbe prevista nessuna forma di perequazione per le funzioni fondamentali: il loro finanziamento dovrebbe allora essere garantito dai tributi propri e dalle compartecipazioni, che sono però ripartiti territorialmente secondo criteri diversi rispetto a quello del fabbisogno.

In analogia con quanto già proposto dal disegno di legge Prodi, il calcolo delle entrate standardizzate e delle spese standardizzate, nonché la stima dei fabbisogni di infrastrutture, rilevanti per definire la partecipazione dei singoli enti di un territorio al fondo perequativo regionale, può essere compiuto seguendo criteri decisi dalla singola Regione. È però necessario che sull'utilizzo di criteri alternativi a quelli decisi a livello statale vi sia un accordo sancito in Conferenza unificata e una concertazione con gli enti locali interessati. Si tratta di un tentativo, ancora molto timido, di spostare il baricentro delle relazioni intergovernative con gli enti locali dallo Stato alle Regioni. Lo Stato resta comunque garante del fatto che la definizione di propri criteri non sia portata come scusa per ritardare la distribuzione del fondo. Si riserva allora di intervenire, avvalendosi del potere sostitutivo di cui all'art. 120 della Costituzione, se i fondi non vengono trasferiti entro venti giorni dal loro ricevimento da parte della Regione. Il disegno di legge Prodi faceva un passo verso un federalismo un po' più regionalista, affidando alle Regioni, senza necessità di concertazione con gli enti locali, la responsabilità di ripartire fra i Comuni di dimensione inferiore ad una certa soglia da definirsi il finanziamento garantito dallo Stato per l'esercizio delle funzioni fondamentali relative a materie di competenza legislativa regionale, e riconoscendo invece un rapporto finanziario con lo Stato non intermediato dalla Regione di appartenenza ai Comuni più grandi.

Un trattamento differenziato per i Comuni di grande dimensione è riservato dalla bozza Calderoli solo ai Comuni capoluogo con più di 350 mila abitanti[7], cui si prevede che venga garantita una più ampia

[7] Si tratta delle future città metropolitane: Roma, Milano, Napoli, Firenze, Ge-

autonomia di entrata e di spesa in misura corrispondente alla complessità delle loro funzioni.
La consapevolezza che la polverizzazione nella dimensione demografica degli 8.101 Comuni italiani comporta un'eccessiva frammentazione nell'offerta dei servizi si traduce soltanto nella previsione di forme premiali di autonomia tributaria dirette a favorire l'associazionismo comunale e le fusioni tra Comuni.

4. L'attuazione della delega: definizione e finanziamento dei Lep

Nei paragrafi precedenti sono state illustrate le caratteristiche principali del sistema di federalismo fiscale a regime, prospettato dalla bozza Calderoli e alcune delle problematiche che esse sollevano. È però importante avere presente che la realizzazione concreta di questo disegno comporta un radicale ripensamento sia della spesa pubblica che delle entrate tributarie, che va ben oltre la loro distribuzione fra livelli di governo.
È quanto mai dubbio/discutibile che un ripensamento così radicale possa essere delegato al governo sulla base di principi generali, aperti a esiti, come si è ricordato, che possono anche essere contrastanti. Per la stesura dei decreti legislativi è previsto il doveroso confronto con i rappresentanti dei livelli istituzionali, ma è escluso il Parlamento, e quindi, segnatamente, le forze politiche di opposizione. È a maggior ragione dubbio/discutibile che esso possa essere concepito in soli sei mesi.
Per comprendere la rilevanza e l'estensione dei temi affidati per delega al governo, senza l'individuazione dei principi che ne dovrebbero regolare l'attuazione, ci si limiterà a richiamare, a titolo esemplificativo, alcuni aspetti fondamentali, che riguardano i livelli essenziali.
Ai decreti delegati è rimandata la definizione dei Lep. La bozza Calderoli si limita ad elencare le materie rispetto alle quali essi devono essere definiti: sanità, assistenza e istruzione (con un'attenzione particolare riservata anche al trasporto pubblico locale). Non affronta e non scioglie nessuno dei nodi fondamentali con cui il dibattito sui livelli essenziali si è confrontato negli ultimi anni. I livelli essenziali saranno semplici indicazioni di principi generali che devono essere soddisfatti dai sistemi di welfare regionali, quali universalità, accessibilità economica,

nova, Bologna e Torino, con l'esclusione, molto discussa, e quindi, molto probabilmente, destinata ad essere superata, di Bari e Venezia.

trasferibilità, e si accetteranno quindi forti differenziazioni nell'offerta, o si seguirà l'approccio dell'*entitlement* già seguito per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) in sanità, che richiede di riconoscere a ciascun cittadino il diritto ad un pacchetto ben definito di prestazioni? Questo eventuale pacchetto sarà definito con il contributo dei governi sub-centrali? Sarà modificabile nel tempo? Risponderà al criterio minimale evocato dal d.d.l. Lombardia o farà riferimento ad una più ampia definizione di diritti di cittadinanza?

Il tema della definizione dei Lep, già controverso in sanità, come è emerso dal dibattito seguito al ritiro del d.p.c.m. dell'ex ministro Turco contenente l'aggiornamento dei Lea, lo è ancora di più con riferimento all'assistenza, un campo caratterizzato da squilibri territoriali particolarmente accentuati e da ritardi nei confronti degli altri paesi ancora più marcati. Come sottolineato da Gori e Zanardi (2008), nel campo delle politiche sociali definire i Lep significa «decidere "quale" deve essere il sistema nazionale. Vuol dire rispondere alle domande: s'intende rafforzare il ruolo delle politiche sociali nel welfare state italiano? Si vogliono introdurre nuove regole e diritti validi per tutto il paese? Si vogliono ridurre le differenze territoriali esistenti nell'offerta? S'intendono privilegiare i servizi o le prestazioni economiche?».

Ammesso che questi interrogativi possano avere una risposta in soli sei mesi è ovvio che tale risposta dovrà essere contestuale all'individuazione delle risorse destinate al finanziamento dei Lep stessi. La bozza di delega ne richiede, giustamente, una valutazione ai costi standard, in regime di efficienza e appropriatezza. Si tratta di un passaggio cruciale per garantire ai territori un finanziamento adeguato delle funzioni che devono esercitare, senza però foraggiarne gli sprechi e le inefficienze.

Ma come definire i costi standard quando non si hanno neppure le informazioni di base relative ai flussi finanziari? Un sistema informativo adeguato, sotto questo profilo, si ha solo per la spesa sanitaria, e ha richiesto più di cinque anni per la sua realizzazione. È lo strumento fondamentale per iniziare a capire, dopo anni caratterizzati dal rimpallo di responsabilità, quanto gli sforamenti della spesa rispetto ai finanziamenti siano imputabili a un sottofinanziamento del sistema e quanto a inefficienze territoriali. In campo assistenziale (ma problemi analoghi si incontrano nel campo dell'istruzione) uno sforzo conoscitivo importante è stato compiuto recentemente dall'Istat, con la predisposizione dell'*Indagine censuaria sui servizi ed interventi sociali dei Comuni*, giunta alla sua terza edizione, che presenta però ancora problemi si-

gnificativi di attendibilità e tempestività. Il doveroso e improcrastinabile miglioramento della qualità e della quantità dei dati a disposizione è quindi un passo largamente propedeutico non solo alla determinazione dei costi standard, ma anche all'altrettanto importante operazione di monitoraggio sull'effettiva realizzazione dei Lep. Ai decreti attuativi è richiesto però di individuare, come si è detto, in soli sei mesi, i livelli delle compartecipazioni, le aliquote e le altre caratteristiche dei tributi propri derivati, il grado di perequazione necessaria al finanziamento dei Lep, seguendo lo schema messo a punto, al buio, cioè senza nessun supporto di analisi quantitativa, dal d.d.l. delega.

Un altro aspetto molto importante, la cui regolazione è priva di principi direttivi, è l'evoluzione dinamica del sistema. Anch'esso coinvolge sia il finanziamento che la definizione dei Lep. Per quanto riguarda il finanziamento occorre individuare il percorso che permette un ridimensionamento delle risorse devolute (e con esso un ridimensionamento dei Lep) in caso di insostenibilità finanziaria, o un aumento di tali risorse, in caso di finanziamento insufficiente. Il già citato livello di arretratezza e di squilibrio territoriale che caratterizza il nostro paese, specialmente nel campo delle politiche assistenziali, renderebbe poi auspicabile anche una definizione dinamica dei Lep, articolata su obiettivi di breve e di lungo periodo, cui dovrebbe accompagnarsi una definizione dei criteri di riparto del fondo perequativo in funzione di obiettivi territoriali, di breve periodo, temporaneamente differenziati, e finalizzati a portare le Regioni «arretrate» a colmare il gap che le divide da quelle più «avanzate», riconoscendo comunque a queste ultime meccanismi premiali[8].

Queste rapide considerazioni si intrecciano con quelle richiamate al paragrafo 2.2., relative alla scelta fra un modello di perequazione orizzontale piuttosto che verticale, sotto punti di vista ulteriori rispetto a quello, già discusso, della solidarietà.

In particolare, nella misura in cui si accetti, come è auspicabile, che i Lep sanciscano diritti individuali alle prestazioni e debbano quindi essere esigibili, si pone il problema di monitorarne l'offerta da parte degli enti decentrati. A questo proposito, mentre il controllo orizzontale fra Regioni può essere importante per la disciplina finanziaria, in quanto sfrutta il contrasto di interessi al fine di vigilare sul fatto che le Regioni beneficiarie della perequazione non vadano in rosso per poi

[8] Per una più approfondita trattazione di questo tema, con riferimento alle politiche per la non autosufficienza, si veda Bosi, Guerra e Silvestri, 2008.

chiedere ripiani di bilancio alle Regioni donatrici, non lo è necessariamente per indurre le Regioni, beneficiarie e donatrici, a realizzare pienamente gli obiettivi assegnati. Nel campo assistenziale, in particolare, in cui la garanzia dei diritti individuali è stata storicamente gracile, la necessaria disciplina finanziaria potrebbe portare non già a efficienza quanto a carenza di offerta. In questi casi, la leva finanziaria lasciata al governo centrale, che condizioni il trasferimento alla realizzazione effettiva dei servizi, potrebbe risultare più efficace e più in linea con la funzione di garanzia che gli è riconosciuta dalla Costituzione. Ciò ovviamente, a patto che il *vertical gap* (che misura la dipendenza delle Regioni dai trasferimenti statali) non induca a irresponsabilità fiscale.

È comunque certo che neppure la leva finanziaria è sufficiente: dovrebbe essere compito dello Stato fornire anche un sostegno alle realtà volonterose attraverso un sistema di *benchmarking* e un confronto attivo sul funzionamento dei meccanismi di *governance* (perché l'efficienza non è solo un problema di costi standard) e ricorrere all'esercizio eventuale di quel potere sostitutivo che, in caso di inadempienza nella realizzazione dei Lep da parte degli enti decentrati, la Costituzione stessa gli riserva.

In sintesi quindi, e a conclusione delle osservazioni compiute in questo lavoro: l'attuazione del federalismo fiscale può comportare una significativa rivoluzione non solo del sistema di finanziamento ma anche della composizione, del livello e della distribuzione territoriale delle spese e delle entrate pubbliche. Sono in gioco visioni diverse circa la solidarietà tra cittadini, l'autonomia degli enti territoriali e la loro responsabilizzazione. Ma il confronto coinvolge anche, e forse in via prioritaria, il conflitto redistributivo fra il Nord e il Sud del paese, e il conflitto fra visioni alternative del ruolo dello Stato e del settore pubblico inteso nel suo complesso. È impensabile che un tema di questa portata possa essere affrontato con una delega contenente principi direttivi molto generali, da esercitarsi in un arco di tempo ridotto, definita a prescindere da una conoscenza accurata dei dati del problema.

Riferimenti bibliografici

Bosi P., Guerra M. C. e Silvestri P., 2008, *Le politiche per la non autosufficienza*, in Guerra M.C. e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*, Il Mulino, Bologna.

Gori C. e Zanardi A., 2008, *Le politiche sociali in un contesto di federalismo sociale*, in Guerra M.C. e Zanardi A. (a cura di), 2008, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*, Il Mulino, Bologna.

Macciotta G. e Zanardi A., 2006, *Il sistema perequativo delle regioni*, in Zanardi A. (a cura di), 2006, *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Il Mulino, Bologna.

Pisauro G., 2006, *I problemi di disciplina fiscale e la rappresentanza delle autonomie*, in Zanardi A. (a cura di), *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Il Mulino, Bologna.

Zanardi A. (a cura di), 2006, *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Bologna, il Mulino.

Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare

Andrea Tardiola*

L'articolo prende in esame una delle componenti dei progetti di attuazione della riforma in senso federalista dell'ordinamento italiano: il ricorso al costo standard come criterio per sostituire, insieme al fabbisogno standard, quello della spesa storica. Partendo dalla constatazione che, pur nella differenza, tutti i disegni di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione hanno fatto perno sulla nozione di costo standard, l'articolo intende mettere in luce la complessità sia di natura tecnica e metodologica, sia di natura politica, della messa a regime del nuovo sistema, anche ricorrendo alle esperienze – specie nel settore sanitario – che possono fornire indicazioni utili. Inoltre si intende portare l'attenzione su quanto un aspetto di natura apparentemente strumentale, come il costo standard, contribuisca in maniera determinante a definire il tipo di federalismo che sarà attuato nel paese e, con riferimento alle politiche di welfare, come esso possa costituire uno dei discrimini tra un sistema che riduca i margini di autonomia dei territori e uno che li garantisca, ma incorporando i rischi di un minore controllo dei differenziali già oggi drammaticamente esistenti.

1. Introduzione

Incapace di riformarsi se non per vincoli esterni. Sembra essere questa la regola che comanda nel processo di trasformazione del welfare italiano. Almeno negli ultimi due decenni.

Circa quindici anni fa due interventi strutturali su altrettanti pilastri del welfare italiano presero le mosse dalla grave crisi finanziaria del paese: uno sul sistema pensionistico, l'altro sul servizio sanitario nazionale. Ancora oggi, il controllo della spesa pubblica caratterizza l'ennesimo esercizio di riforma del welfare italiano; eppure ad esso si aggiunge un fattore nuovo, seppure connesso: la compresenza del processo di completamento dell'impianto federalista.

La definizione di un assetto più avanzato nel sistema di protezione

* Le valutazioni espresse impegnano esclusivamente l'autore e non l'istituzione di appartenenza.

sociale dovrà infatti misurarsi nei prossimi anni con due elementi tra loro collegati, nel tentativo di trovare tra essi un punto di equilibrio: la territorializzazione delle risorse, la stabilizzazione e messa sotto controllo della spesa.

Il completamento del federalismo significa (oggi in Italia) soprattutto l'attuazione del cosiddetto federalismo fiscale, cioè l'attribuzione di risorse proprie a Regioni ed enti locali e il superamento della dicotomia tra competenze legislative e amministrative (sul territorio) e finanza derivata (trasferimenti dallo Stato al territorio); una dicotomia che, contrariamente ad una seria logica federalista, ha incentivato dinamiche di deresponsabilizzazione dei governi locali, assecondando l'eterno ritorno agli schemi di ripiano a piè di lista. Tale meccanismo è stato particolarmente evidente negli ultimi anni nel settore sanitario nel quale, a seguito del fallimento del sistema di finanziamento ideato con il decreto legislativo 56/2000, l'impennata della spesa ha reso necessario il ricorso a misure emergenziali come i piani di rientro. L'esperienza che si conduce sui piani, infatti, riveste un grande interesse; tuttavia essi rappresentano una contraddizione in seno ad un modello istituzionale di stampo federalista: è infatti difficile concepire come federalismo il sistema nel quale una Regione, per procedere ad una delibera che autorizza assunzioni di personale, deve attendere il via libera di tavoli tecnici del governo.

Eppure in questa fase i piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale per andare oltre la logica del semplice ripiano a piè di lista, poiché attraverso di essi si vincolano le Regioni ad azioni di riforma dei servizi sanitari mirati a ricondurli dentro una logica di governo controllato dei costi. Tutto ciò lascia emergere un'altra caratteristica di questa stagione di riforma del welfare: il tema del controllo della spesa che è stato, nella prima parte del decennio, per lo più incentrato sull'andamento della spesa previdenziale, oggi viene impostato soprattutto sul costo delle prestazioni di servizio, come quelle sanitarie o come quelle a cavallo con il settore sociale, come per il tema della non autosufficienza. In questo nuovo focus si nasconde molta della difficoltà insita nella progettazione e realizzazione di una riforma perché, prescindendo dalla praticabilità politica, un intervento in riduzione della spesa nel campo previdenziale può essere conseguito con un intervento normativo, ma questo non è altrettanto vero per il campo delle politiche sociali e sanitarie. Per quanto riguarda queste ultime, occorre intervenire in una filiera estremamente complessa di processi di produzione (di servizi) con strumenti di altra na-

tura: sulle organizzazioni, sull'ingegneria dei processi, sulla definizione dei costi e dei parametri di finanziamenti, sui meccanismi di controllo, ecc.
Questa riflessione mette allo scoperto uno dei concetti che, nel periodo recente, ha costituito un tassello costante in tutte le proposte di attuazione dell'art. 119 della Costituzione: la definizione di costi standard delle prestazioni. Si tratta di un aspetto considerato generalmente secondario rispetto ad altri oggetti di dibattito – come ad esempio il funzionamento del fondo perequativo, o la scelta delle imposte da regionalizzare – che tuttavia merita un approfondimento perché rischia di essere il piano sul quale vanno a ricadere molti vincoli che, apparentemente risolvibili sul piano del disegno teorico del sistema, possono ripresentarsi al momento della sua messa in opera.

2. Alla ricerca del costo standard: i vincoli tecnici

Non occorre ripercorrere l'elenco delle proposte avanzate dai diversi governi nazionali o dalle rappresentanze degli enti territoriali (Conferenza dei presidenti delle Regioni, Anci) per rilevare come il costo standard della prestazioni sia da tutti invocato come il criterio univocamente richiamato per sostituire quello della spesa storica.
Nello schema di disegno di legge licenziato l'11 settembre 2008 dal Consiglio dei ministri il costo standard costituisce lo strumento per assicurare il totale finanziamento (anche attraverso il ricorso alle risorse da perequare) delle prestazioni che rientrano tra i livelli essenziali. In particolare alle prestazioni di sanità, assistenza e istruzione, poiché connesse a diritti civili e sociali, devono essere garantite le risorse necessarie ad assicurare l'integrale copertura delle spese al costo standard. Sembrerebbe essere la chiave di volta del sistema, quella in grado di consentire, da un lato, il rispetto dell'offerta relativa ad un certo fabbisogno, dall'altro, il circuito della responsabilità di gestione degli enti territoriali che, laddove spendessero oltre il costo standard, potrebbero farlo solo a carico proprio, distraendo risorse da altri interventi pubblici, ma avendo preclusa una qualsiasi linea di finanziamento esterna (il tradizionale ripiano da parte dello Stato).
Detto questo, tuttavia, la domanda è se i costi standard siano effettivamente determinabili e, in caso di risposta affermativa, in quale tempi e con quali risorse e regole. Intanto partendo da una domanda: sono già operanti oggi criteri di costo standard?

Va infatti ricordato come, nei settori in considerazione, le regole di finanziamento siano ben lontane dal seguire una logica di costo standard e che, al contrario, nella parte economicamente più rilevante – la sanità – si deve tenere conto di (almeno) due elementi: il primo è una riflessione diffusa sugli effetti distorsivi nell'utilizzo dei Drg, non solo per le degenerazioni gravissime come quelle della clinica Santa Rita di Milano, ma più in generale per i sovracosti causati dall'inappropriatezza delle prestazioni che questo sistema alimenta; il secondo elemento concerne la recente vicenda del rinnovo straordinario dei Lea, che ottenuta l'intesa tra Stato e Regioni prima delle elezioni del 2008, e formalizzata nel relativo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, non ha portato a termine l'iter per l'adozione dell'atto a seguito della difficoltà di stimare con dettaglio i costi legati alle prestazioni protesiche. Sebbene si tratti di un esempio specifico, basti ricordare il tema dei tariffari del servizio sanitario nazionale, che dovrebbero essere omogenei per tutte le Regioni secondo quanto dispone la normativa del 1999, ma nella sostanza sono tariffari regionali sui quali è quest'ultimo livello di governo a decidere.

Dunque la condizione di partenza è quella del mancato ricorso al criterio del costo standard. Ma questo non dice tutto, perché il passaggio al nuovo criterio potrebbe essere agevolato se nella realtà delle dinamiche gestionali esistessero costi standard già operanti nei comportamenti delle aziende sanitarie o delle amministrazioni locali. Ma non è neppure questo il quadro di riferimento. Sebbene non si disponga di dettagliati modelli di contabilità analitica e di analisi degli scostamenti tra costi standard e costi effettivi, le informazioni aggregate mettono in evidenza un grave scostamento tra Nord-Centro e Sud (con il Lazio compreso in quest'ultimo aggregato) in merito alla relazione tra finanziamento e risultato prodotto[1]. Ciò significa che i modelli organizzativi e gestionali delle Regioni e delle aziende fanno riferimenti a mix di fattori produttivi in molti casi – purtroppo territorialmente concentrati – così inappropriati e inefficienti rispetto a quelli virtuosi, da costituire un serio vincolo all'introduzione di una regola di costo standard omogeneo a livello nazionale. Evidentemente occorrerà una consistente fase transitoria nella quale i costi standard non potranno che essere ponderati territorialmente, con tutto il rischio della persistenza delle transizioni italiane: basti pensare che il passaggio dalla

[1] Mapelli V. (a cura di), 2007, *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez, Roma.

spesa storica al costo standard veniva previsto già nella riforma della contabilità pubblica della metà degli anni novanta operata dall'allora ministro del Tesoro Ciampi[2].

Tutto ciò per dire come, anche laddove si pervenisse ad un accordo tra Stato e Regioni sul modello di perequazione delle diverse capacità fiscali dei territori, il nodo dell'utilizzo delle risorse per un omogeneo soddisfacimento del fabbisogno rimarrebbe ancora da affrontare. A quel punto sarebbe proprio la definizione dei costi standard il passaggio successivo sul quale si scaricherebbe l'onere di perseguire una soluzione equilibrata. Non è un caso, da questo punto di vista, che lo schema di disegno di legge elaborato dal governo non sciolga questo nodo che viene rimesso alla definizione dei successivi decreti legislativi. Allo stesso tempo la definizione e il monitoraggio (da intendere come analisi degli scostamenti) dovrebbe diventare una funzione centrale della conferenza per il coordinamento della finanza pubblica prevista dalla proposta del governo. Su quest'ultimo versante, tuttavia, può assistere l'esperienza condotta negli ultimi due anni nel contesto dei piani di rientro delle Regioni in deficit sanitario. È necessario evitare di incappare negli insuccessi del passato (la lettera morta della citata riforma contabile del 1997 o la sostanziale regionalizzazione dei tariffari regionali), se si vuole definire attraverso il concetto di costo standard una regola di governo contabile. Allora, ferme restando le complessità nella individuazione di standard nazionali e la corrispettiva necessità di «standard di convergenza» durante una fase transitoria, di grande importanza sarà il sistema di monitoraggio, tenendo presenti due fattori: il primo è che questo monitoraggio è finalizzato proprio al superamento della fase transitoria e al passaggio a regime del finanziamento legato ai costi standard; il secondo che, una volta a regime, il monitoraggio non risponda solamente all'esigenza di evitare sforamenti di bilancio (che comunque ricadrebbero sull'ente, non essendo più previsti a quel momento i ripiani *ex post*), ma soprattutto all'esigenza che, attraverso il rispetto del costo standard, sia garantita la risposta appropriata e efficace per il fabbisogno di quel territorio. In questa logica il monitoraggio del sistema deve acquistare requisiti di

[2] I sistemi integrati di servizi sociali territoriali costituiscono un plafond di risorse molto inferiori, in un rapporto di quasi 1 a 20; sempre ovviamente, a legislazione vigente e quindi non considerando quella consistente quota di prestazioni e risorse del settore assistenziale – le prestazioni monetarie per i cosiddetti diritti soggettivi – che rimangono in capo alla gestione nazionale.

trasparenza perché non deve alimentare solamente il circuito dei rapporti tra livelli di governo, ma anche il circuito rappresentativo territoriale. In altri termini, deve essere possibile sviluppare un controllo sociale diffuso (ovviamente da parte di soggetti capaci di svilupparlo: organizzazioni di tutela degli utenti, di tutela dei diritti, parti sociali, centri studio, associazioni di categoria, ecc.) che verifichi come, attraverso il rispetto della logica dei costi standard, si persegua l'obiettivo della massima risposta al bisogno di interventi di un territorio.

3. Il paradosso del costo standard: le ricadute politiche

Altro aspetto di grande interesse che ruota intorno alla nozione di costo standard sono le conseguenze sul modello di federalismo che questo andrebbe a determinare. La retorica federalista che ha caratterizzato il dibattito italiano degli ultimi venti anni è costituito da più fattori, ma più di tutto da due elementi fondamentali: federalismo come possibilità delle comunità locali di determinare il proprio indirizzo e, coerentemente, di scegliere l'allocazione preferita delle risorse disponibili; federalismo come connubio tra autonomia delle scelte ma anche come responsabilità sugli esiti delle stesse. Tuttavia, essendo il punto di partenza quello del paese con le più marcate differenziazioni territoriali nell'area dell'euro[3], la sperimentazione del federalismo italiano passa per il ricorso a due strumenti chiave, i livelli essenziali delle prestazioni e il loro finanziamento attraverso costi standard (il primo già scritto nella Costituzione, il secondo in tutte le norme scritte per attuarla).

Dietro questo schema si cela però un paradosso rilevante: la definitiva entrata in regime di un modello federale imperniato su questi due fattori consentirebbe, da un lato, di far convergere i territori su una maggiore omogeneità di offerta servizi, ma dall'altro, di perseguire questo risultato proprio svuotando di significato l'obiettivo ultimo di un sistema federale, l'autonomia delle scelte. In altri termini: se su tre settori chiave come sanità, assistenza e istruzione, e in parte meno incisiva sui trasporti locali, vengono decisi centralmente, seppure attraverso un processo partecipato dalle autonomie[4], i livelli essenziali di

[3] Il reddito Irpef pro capite della Calabria è meno del 40% di quello della Lombardia.

[4] Ad esempio attraverso un auspicabile Senato delle autonomie.

offerta e i costi standard per realizzarli, al governo territoriale rimane ben poco spazio per l'autonoma e originale formulazione di policy. Certo, rimarrebbe lo spazio per disegnare un proprio modello gestionale[5], tuttavia rimanendo nel campo delle possibili implementazioni di opzioni già assunte, che sarebbero comunque sottratte alle decisione del livello di governo del territorio.

Ecco allora il paradosso: in un paese che cerca un equilibrio federale, partendo da grandi differenziazioni nel soddisfacimento dei diritti, quest'ultimo obiettivo passa per una riduzione del significato classico di federalismo, mentre un federalismo senza contrappesi forti consegnerebbe in futuro (come è già accaduto in questo primo decennio di federalismo realizzato) un paese con differenziazioni ancora più nette.

C'è poi da considerare quali potranno essere gli effetti a regime di un sistema basato sui costi standard e sul loro trasparente monitoraggio. Il costo standard, infatti, non assolve al solo compito di *driver* per calcolare (predefinendo un determinato livello di fabbisogno) la copertura finanziaria necessaria, ma può diventare un pesante fattore di controllo tra i territori. Occorre ricordare, infatti, che il finanziamento tramite il criterio del costo standard avverrà, per molte Regioni, in base anche alle risorse derivanti dal fondo perequativo. Ciò significa che il mancato rispetto tra costi effettivi e costi standard non rimane questione delimitata al confine del singolo ente, che non disponendo di ulteriori trasferimenti dovrà ridurre i finanziamenti di politiche che non rientrano tra i livelli essenziali oppure aumentare la pressione fiscale sui propri cittadini (ipotesi difficile perché si tratta comunque di aree con scarsa capacità fiscale), ma può coinvolgere gli stessi rapporti tra Regioni: a fronte di un consolidato scarto le Regioni che alimentano il fondo perequativo potranno sentirsi legittimate a chiederne una limitazione della portata, per mantenere maggiori risorse in contesti dove il più alto grado di efficacia degli interventi si trasforma in maggiore garanzia di diritti civili e sociali.

È un'alternativa istituzionalmente drammatica, che però non è possibile evadere: è più solidale un sistema che mantiene un alto grado di perequazione finanziaria tra aree ricche e aree povere, oppure un sistema che massimizza l'efficacia complessiva del proprio impianto di welfare, sebbene concentrando questa efficacia in alcuni territori (per definizione quelli più ricchi)? Naturalmente posta in questi termini

[5] Ad esempio la scelta tra un modello più imperniato sugli apparati pubblici rispetto ad uno più orientato sul ruolo dei privati.

l'alternativa è secca e sarebbe invece auspicabile sia una perequazione adeguata, sia una convergenza dei livelli di performance dei vari sistemi territoriali di welfare.

Come si vede, l'architettura del futuro welfare federale sembra poggiare su basi geometriche – definizione di fabbisogni standard, finanziamento con costi standard – che invece nascondono questioni molto pastose e nodi di difficile soluzione, che appartengono ad un piano di discussione non solo tecnico ma soprattutto politico. Si potrebbe dire un piano nel quale si sceglie chi vince e chi perde, o meglio, chi trova nel futuro modello maggiore protezione e chi meno.

L'idea e l'auspicio sui quali concludere è che sarebbe comunque un deciso accrescimento della qualità (non solo del welfare ma) della democrazia italiana il passaggio ad un sistema nel quale queste decisioni vengano affrontate in una discussione trasparente e informata. Due prerequisiti per la definizione di target e standard attraverso un percorso nel quale le parti in causa – i portatori degli interessi in gioco – possano confrontarsi su un terreno osservabile e per questo valutabile sia da punto di vista di coloro che guardano alle policy, sia di coloro che guardano alla politics.

Regionalismo all'italiana? Considerazioni a partire dalla dimensione finanziaria delle politiche sociali regionali

Marco Arlotti

Il contributo analizza attraverso la dimensione finanziaria l'attuale stato del regionalismo sociale in Italia a seguito dei profondi cambiamenti che hanno investito l'organizzazione territoriale delle competenze e funzioni. Ciò che emerge è un quadro caratterizzato da una serie di persistenze, rispetto ad alcuni tratti storici che hanno accompagnato il ruolo delle Regioni nell'ambito delle politiche sociali, ma anche alcuni segnali di cambiamento esemplificativi di una certo protagonismo regionale. Dall'intreccio di questi due elementi scaturiscono in prospettiva opportunità, ma anche rischi che possono correlarsi allo sbilanciamento territoriale in atto delle politiche sociali sulla dimensione regionale.

1. Introduzione

I processi di ristrutturazione territoriale delle politiche costituiscono una delle principali direttive di riforma e di riadattamento dei welfare state europei degli ultimi decenni a fronte delle mutate condizioni sia di ordine socio-economico che socio-demografico, in un contesto di vincoli crescenti di bilancio (Kazepov e Carbone, 2007).

Nel caso specifico italiano, questi processi si sono legati ad una più generale riorganizzazione degli assetti istituzionali e finanziari di governo culminata nell'approvazione (nell'ottobre del 2001) della riforma costituzionale del titolo V, con la quale se, da un lato, si è sancita una profonda ridefinizione degli equilibri fra Stato centrale e livelli sub-nazionali di governo, dall'altro lato, si è visto riconoscere alle Regioni un'indubbia centralità[1]. Tale centralità ha costituito il termine di un processo di progressivo rafforzamento avvenuto a partire dalla seconda metà degli anni novanta, attraverso il quale le Regioni si sono

[1] In questo contributo, con il termine «Regioni» faremo esclusivo riferimento all'universo delle quindici Regioni a statuto ordinario, non considerando, invece, il caso delle Regioni a statuto speciale, a fronte degli assetti specifici di finanza che le caratterizzano.

viste attribuire nuove competenze (legislative e amministrative), riconoscere una maggiore autonomia finanziaria, consolidare il proprio coinvolgimento all'interno dei circuiti decisionali a livello centrale, nonché incrementare la propria efficienza operativa, stante una maggiore stabilità degli organi di governo indotta dalla riforma del sistema elettorale e dall'elezione diretta dei presidenti (Baldi, 2006, p. 147).

Ciò che sembra essersi, quindi, affermato è un sistema di «regionalismo forte», diversamente dal sistema «debole» (Brosio e al., 2003, p. 177) che ha, invece, caratterizzato le evoluzioni del regionalismo italiano a partire dagli anni settanta. Su questo punto, a parte il notevole ritardo e il travaglio con cui si diede avvio all'esperienza regionale, è sufficiente ricordare le notevoli limitazioni, sia di carattere legislativo che amministrativo, imposte all'iniziativa delle Regioni a livello centrale, nonché la forte dipendenza indotta da un sistema di finanziamento incardinato, pressoché interamente, su trasferimenti vincolati (*ibidem*).

Tale debolezza si è scontata non solo nelle relazioni dirette con lo Stato, ma anche all'interno della stessa dimensione sub-nazionale, nei rapporti con gli enti locali e in particolare con i Comuni, come hanno mostrato in maniera esemplificativa proprio le dinamiche, di lungo corso, avvenute all'interno di due aree specifiche delle politiche di welfare, ovvero quella sanitaria e quella dei servizi sociali. Di fatto, nella prima, la rilevanza regionale è stata fortemente limitata – a parte la totale dipendenza finanziaria dalle risorse centrali trasferite attraverso il fondo sanitario nazionale – dall'attribuzione in capo agli enti locali dei poteri di nomina degli organi politici delle allora Usl (Unità sanitarie locali), cui spettava l'attuazione delle politiche (Dente, 1989, p. 136). Nella seconda area – dove anche si registra la forte dipendenza nel finanziamento rispetto ai trasferimenti statali – come evidenziato da alcuni autori (Saraceno, 2005, p. 11) sono stati i Comuni, più che le Regioni (a parte gli sforzi apportati in taluni contesti, in particolare dell'Italia centro-settentrionale, Fargion, 1997), a realizzare le politiche sociali con differenze assolutamente non trascurabili tra contesti locali all'interno delle medesime Regioni.

In quest'ultimo caso, in contrasto con tale debolezza, i processi di riforma delle politiche sociali hanno teso a riconoscere una notevole rilevanza regolativa in capo alle Regioni – basti pensare alla legge quadro 328/00 nonché alla competenza esclusiva nell'ambito dell'assistenza sociale riconosciuta a seguito della riforma del titolo V – anche se un'analisi dell'impatto degli stessi processi di riforma, a partire da

una lettura della dimensione finanziaria, sembra mostrare un quadro sì di cambiamento, ma anche di persistenze.
A tal proposito, gli elementi principali che vengono messi in luce in questo contributo sono due. Il primo, che fa riferimento alle persistenze, evidenzia una certa continuità rispetto ad alcuni tratti tipici che hanno accompagnato le traiettorie del regionalismo sociale nel nostro paese, quali la differenziazione territoriale (con una certa significatività della discriminante Centro/Nord-Sud), nonché la dipendenza/debolezza, rispetto allo Stato centrale e ai Comuni, all'interno del sistema di rapporti inter-governativi fra i diversi livelli territoriali di governo. Il secondo, che concerne la dimensione di cambiamento, mette, invece, in evidenza il fatto che nonostante il quadro di persistenze, le Regioni hanno comunque cercato la definizione di un proprio protagonismo, attraverso anche l'istituzione di nuove linee di finanziamento tese a dar risposta, in un contesto di forte inerzia statale, ad un bisogno sociale di intensità crescente.
Dopo aver fornito un quadro generale sulle evoluzioni di più lungo periodo della finanza regionale, viene analizzato, nello specifico, il tema della spesa sociale delle Regioni, considerandone livelli pro-capite, composizione nonché rendimento (seppur limitatamente ad una fonte specifica di risorse) in termini di gestione finanziaria. Proprio la dimensione finanziaria, come già accennato, sarà utilizzata per mettere in luce, sia gli elementi, a nostro giudizio, di persistenza, sia quelli di cambiamento, in quest'ultimo caso a partire dal tema della non autosufficienza.
Nella parte conclusiva si cercherà di delineare il quadro di opportunità e di rischi che sembra scaturire, in maniera congiunta, dall'intrecciarsi dei processi di riforma attuati nel corso dell'ultimo decennio in un contesto in cui rimane ampiamente disattesa l'individuazione dei livelli essenziali nonché irrisolto il nodo di un'adeguata perequazione delle risorse su base nazionale.

2. L'evoluzione della finanza regionale: dagli assetti derivati alla riforma del titolo V della Costituzione

Come già accennato, uno degli elementi principali che ha sancito la debolezza delle Regioni nel contesto italiano è stato il dipendere, per lungo tempo, da un sistema di finanziamento fortemente derivato, ovvero basato su un'autonomia tributaria pressoché nulla, e da una

forte incidenza dei trasferimenti statali (in larga parte, di carattere vincolato). Tale aspetto è stato disatteso rispetto alla previsioni contenute in merito nel dettato costituzionale. Di fatto, se da un lato veniva riconosciuto (art. 119 Cost.) alle Regioni un certo grado di autonomia finanziaria, attraverso tributi propri, compartecipazioni al gettito di tributi e una limitazione dei trasferimenti vincolati solo per provvedere a scopi determinati, dall'altro lato l'autonomia tributaria veniva pressoché annullata, non solo a fronte della mancata istituzione delle compartecipazioni (confluite sino al 1995 nel «Fondo comune regionale», quindi non attribuite automaticamente e soggette alla discrezionalità annuale dello Stato in sede di formazione del bilancio), ma anche, con un forte contenimento della stessa potestà tributaria, limitata a modesti spazi di definizione delle aliquote su alcune imposte e tributi (Antonini, 2003, pp. 12-13). Addizionalmente, in parallelo, a livello nazionale si registrò una proliferazione di fondi di trasferimento a destinazione vincolata (tab. 1) (fra i principali, il fondo sanitario nazionale e quello per i trasporti), secondo una logica che oltrepassò di gran lunga il principio di eccezionalità, ovvero il provvedere a scopi determinati, previsto dalla stessa Costituzione (*ibidem*).

Tabella 1 - Composizione percentuale delle entrate regionali (al netto delle entrate per mutui contratti) per tipo d'entrata (anni 1981, 1990, 2001)

	1981	1990	2001
Tributi	1,2	1,9	45,6
Altre entrate	1,2	0,7	1,0
Trasferimenti	97,6	97,4	53,4
di cui a destinazione vincolata*	81,6	88,5	39,7

* Dato a 100 il totale dei trasferimenti.

Fonte: per 1981 e 1990 Brosio (2003, p. 13); per 2001, nostre elaborazioni su dati da Buglione e Marè (2003, p. 15).

L'effetto congiunto di questi due aspetti è ben riassumibile nell'andamento della composizione percentuale dell'entrate regionali (tab. 1). Come si vede dai valori, agli inizi degli anni ottanta l'incidenza dei trasferimenti – sul totale delle entrate regionali – raggiungeva una quota pari al 97,6% (di cui l'81,6% a carattere vincolato), mentre gli introiti tributari propri registravano un valore marginale dell'1,2%.
Nello strutturarsi di questa configurazione della finanza regionale, possono essere addotte due ragioni principali. La prima rimanda agli

obiettivi di redistribuzione territoriale che hanno informato le politiche nazionali fino a buona parte degli anni ottanta. In un contesto, come quello italiano, oltretutto caratterizzato da una forte differenziazione territoriale nelle dinamiche di sviluppo economico, l'obiettivo di una maggiore uniformità nella distribuzione della spesa e nei livelli di offerta e di qualità dei servizi a livello sub-nazionale (Ferioli, 2007, p. 66), non poteva che avvenire attraverso sia una forte centralizzazione del prelievo fiscale sia mediante un sistema di trasferimenti centrali in grado di orientare maggiori risorse a favore di quelle aree strutturalmente più arretrate e sotto dotate. D'altro canto, tale sistema sembrava funzionale anche ad una seconda esigenza, ovvero quella di tenere sotto controllo centralmente la dinamica complessiva della spesa pubblica a livello territoriale.

Nel corso del tempo, se l'obiettivo di una maggiore uniformità territoriale nella distribuzione (pro capite) della spesa viene in buona parte raggiunto (Bosi, 2003, p. 236), quello dei livelli e della qualità dell'offerta dei servizi nonché del controllo della spesa rimangono, invece, ampiamente disattesi tanto che, a partire dagli inizi degli anni novanta in concomitanza anche con il periodo di forte crisi fiscale e con l'integrazione nell'ambito dell'Unione monetaria europea, inizia una progressiva riforma degli assetti di finanziamento da cui scaturisce un forte incremento dell'autonomia finanziaria regionale (tab. 1). Tale percorso culmina in un primo momento, nel 1997, con l'istituzione dell'Irap e di un'addizionale regionale sull'Irpef (entrambe destinate al finanziamento della spesa sanitaria, con una possibilità di manovra regionale sulle aliquote) (Brosio e al., 2003, p. 181) e, successivamente, nell'approvazione del d.lgs. 56/00, con il quale, da un lato, viene sancita l'estinzione del sistema di trasferimenti centrali vincolati alle Regioni, sostituiti – in minima parte – con un incremento di risorse derivanti da tributi e compartecipazioni già riconosciuti (ovvero, compartecipazione all'accisa sulla benzina e addizionale Irpef) e – in larga parte – attraverso l'istituzione *ex novo* di una compartecipazione regionale al gettito Iva (pari al 38,55%). Dall'altro lato, viene istituito per la prima volta un fondo perequativo nazionale, a carattere indistinto, finanziato dalla compartecipazione regionale all'Iva e ripartito fra le Regioni sulla base di criteri quali: popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogni sanitari, diseconomie di scala[2] (*ivi*, p. 182). Negli in-

[2] Non essendo ripartita sulla base di un criterio strettamente geografico, ovvero tenendo conto del gettito prodotto in ciascun territorio, la compartecipazione

tenti del legislatore, la nuova formula perequativa avrebbe dovuto sostituire in maniera graduale il criterio di spesa storica, adottato precedentemente, portando a compimento la transizione nel 2013.

L'impostazione del d.lgs. 56/00 viene in seguito recepita dalla riforma costituzionale del 2001, con la quale si disegna (art. 119 Cost.) un sistema di finanziamento in cui le funzioni attribuite alle Regioni devono essere coperte precipuamente da tributi propri e compartecipazioni a tributi erariali, nonché integrate da trasferimenti perequativi (senza vincolo di destinazione) a favore delle Regioni con minore capacità fiscale[3].

Il tema della perequazione delle risorse si lega inoltre, seppur il dettato costituzionale non provveda ad alcun collegamento specifico in tal senso (Bosi, 2008, p. 42), ad un altro aspetto centrale previsto dalla riforma, ovvero la definizione di livelli essenziali – come competenza esclusiva dello Stato – delle prestazioni afferenti i diritti sociali. In questo caso, la previsione ha assunto una valenza cruciale a fronte dell'attribuzione in capo alle Regioni di una competenza legislativa esclusiva proprio nell'ambito delle politiche sociali (*supra)*.

In termini attuativi, le previsioni costituzionali relative sia agli assetti di finanziamento sia all'individuazione dei livelli essenziali sono rimaste ampiamente disattese.

Sul primo punto, l'attuazione del nuovo sistema di finanza regionale ha trovato un primo freno nelle difficoltà che hanno fatto seguito all'implementazione dei meccanismi previsti dal d.lgs. 56/00. Di fatto, già a partire dalla prima applicazione della formula perequativa da parte del governo centrale, alcune Regioni (del Mezzogiorno) ne hanno fortemente contestato l'esito distributivo, bloccandone l'attuazione. Al di là di quelle che sembrano essere state le responsabilità, o i limiti, nell'applicazione della formula di riparto (Bordignon e Giarda, 2004), sta di fatto che per oltre quattro anni buona parte delle risorse

regionale all'Iva tende quindi a configurarsi a tutti gli effetti come trasferimento (Buglione, 2006, p. 297).

[3] In aggiunta ai trasferimenti perequativi liberi, l'art. 119 Cost. contempla, inoltre, la possibilità di trasferimenti speciali da parte dello Stato con vincolo di destinazione per specifiche finalità, di coesione e solidarietà sociale nonché di tutela dei diritti. Ad ogni modo, come notato dalla dottrina (Ferioli, 2007, p. 69), tali trasferimenti riguarderebbero solo determinati enti, e non quindi il complesso degli enti territoriali, e non potrebbero essere utilizzati per finanziarie il normale esercizio delle funzioni attribuite a Regioni ed enti locali (*ibidem*).

afferenti al fondo perequativo sono rimaste congelate presso i conti della Ragioneria centrale (Zanardi, 2006, p. 145). Ciò ha creato seri problemi di liquidità alle Regioni (Guerra e Zanardi, 2006, p. 13) impossibilitate, inoltre, ad agire sul versante delle entrate tributarie (ovvero addizionale Irpef e Irap) a fronte del blocco (eliminato solo negli ultimi anni) imposto dal governo centrale.
Sul secondo punto, messa da parte la sperimentazione più di recente avviata nei settori della non autosufficienza e dei servizi all'infanzia (attraverso il riparto dei rispettivi fondi istituiti dalla Finanziaria 2007), la definizione dei livelli essenziali si è ben presto arenata ai primi atti disposti nel corso del 2002. Di fatto, in coerenza anche con le sentenze della Consulta, le quali hanno sottolineato l'incompatibilità delle finalizzazioni nei trasferimenti statali alle Regioni rispetto ai nuovi assetti di finanza previsti dalla riforma costituzionale del 2001 (Ferioli, 2007, p. 69), il governo centrale ha provveduto ad estinguere buona parte dei vincoli di destinazione nell'ambito del Fondo nazionale delle politiche sociali (ovvero il dispositivo centrale di riferimento nel trasferimento delle risorse alle Regioni), rimandando a successivi provvedimenti la definizione degli stessi livelli essenziali. Bisogna, però notare che a tale previsione non ha fatto seguito da parte del governo l'emanazione di alcun provvedimento, con ciò lasciando irrisolto l'annoso problema di un sistema di protezione sociale che, per quanto riguarda configurazione e stadio di sviluppo dei servizi sociali, risulta connotato da una forte differenziazione a livello sub-nazionale (Saraceno, 2005). Un tema, quello della differenziazione territoriale, che analizzeremo nel prossimo paragrafo a partire dalla dimensione della spesa sociale delle Regioni.

3. La spesa sociale delle Regioni: livelli e gestione e finanziaria[4]

Diversamente dalla spesa in politiche sociali sia dello Stato sia – seppur a partire dalle ultime rilevazioni censuarie Istat – dei Comuni, la spesa sociale delle Regioni ha costituito nel periodo più recente un

[4] Desidero ringraziare il nucleo Cpt, nelle persone della dottoressa Volpe e della dottoressa Tiziana Tancredi, per la disponibilità, tempestività e cortesia, nel fornirmi i dati non consolidati che stanno alla base delle elaborazioni fornite di cui alla tabella 2 e, di seguito, tabella 4. Chiaramente, le elaborazioni condotte sui dati nonché quanto commentato in merito risultano di mia esclusiva responsabilità.

oggetto poco investigato dal punto di vista scientifico. Di fatto, messi da parte alcuni studi di caso condotti su bilanci di singole Regioni (Da Roit, 2001; Ecchia e al., 2001; Da Roit e Gambino, 2005), sono mancate negli ultimi anni indagini ad ampio spettro in grado di proseguire, e aggiornare, le ricostruzioni empiriche già presenti nella letteratura su questo tema, seppur con riferimento a decenni precedenti (fra tutti: Fargion, 1997; Irs/Commissione d'Indagine sulla povertà e l'emarginazione, 1997).

Chiaramente, da ciò ne è conseguita una certa mancanza di informazioni, in merito a quanto spendano effettivamente le amministrazioni regionali in questo settore di policy. Su questo punto, una delle possibilità per sopperire alla mancanza, è il ricorso all'aggregato di spesa relativo alla funzione «Interventi in campo sociale»[5], fornito dalle singole amministrazioni regionali all'interno del progetto «Conti pubblici territoriali» (d'ora in avanti Cpt), curato dal Dipartimento per le politiche per lo sviluppo.

Attraverso l'utilizzo di tale aggregato, se da una parte si sconta l'impossibilità di fruire di informazioni più di dettaglio relativamente alle voci di composizione, dall'altra parte è comunque possibile avere un'indicazione quanto più raffrontabile (i dati sono forniti dalle singole amministrazioni, sulla base di uno schema di rilevazione condiviso) in merito a quella che è la spesa regionale, nonché all'evoluzioni di medio e breve periodo. A partire dai dati non consolidati Cpt, nella tabella 2 vengono riportati gli andamenti della spesa sociale (in termini pro capite) per le Regioni con riferimento al periodo 2002-06[6].

[5] Per una visione più dettagliata in merito alle voci che compongono questo settore di spesa, si rimanda alla guida metodologica di accompagnamento: Ministero dello Sviluppo economico – Dipartimento per le politiche di sviluppo, 2007, p. 83).

[6] Fra le Regioni settentrionali, sia per quanto riguarda i dati di cui alla tabella 2 e quelli successivi di cui alla tabella 4, si è deciso di escludere dal computo il caso della Regione Veneto. Tale esclusione, se da una parte – molto probabilmente – crea una sottostima dei differenziali di spesa pro capite a livello sub-nazionale, dall'altra parte si è resa necessaria a fronte delle dimensioni di un dato di spesa non consolidato che è sembrato fuori linea rispetto alle tendenze medie sia nazionali che circoscrizionali. Su questo punto, una spiegazione plausibile potrebbe essere quella di un'imputazione di quote di spesa generalmente imputate, in altre Regioni, all'interno della quota sanitaria piuttosto che a quella assistenziale. In questo modo si cercato, quindi, di mantenere quanto più realistici i termini di raffronto fra le tre macro aree territoriali.

Tabella 2 - Spesa pro capite delle Regioni per funzione «Interventi in campo sociale» (S) (anni 2002-2006) e «Sanitaria integrata» (Si) (anno 2002)

	2002		2003	2004	2005	2006	Media 2002-06
	S	*Si*	S	S	S	S	S
Nord	31,3	*175,0*	29,5	23,0	29,8	29,7	28,7
Centro	31,3	*180,6*	31,4	30,0	25,5	26,6	28,9
Sud	17,3	*160,1*	17,8	12,6	21,7	19,8	17,8
Totale	26,9	*171,6*	26,3	21,5	26,2	25,8	25,3

Fonti: Per funzione «Interventi in campo sociale», nostre elaborazioni pro capite (popolazione annua al 31/12; on-line: http//demo.istat.it) su dati di spesa non consolidati Cpt. Per spesa «Sanitaria integrata» (includente: assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; semiresidenziale e residenziale per tutte le categorie di utenza) nostre rielaborazioni pro capite (popolazione annua al 31/12; on-line: http//demo.istat.it) su dati: Assr (2004, pp. 14-17).

Come si vede dai valori medi pro capite relativi all'intervallo temporale considerato (cfr. ultima colonna tabella 2), i livelli di spesa sociale delle Regioni presentano un quadro di netta differenziazione lungo l'asse Centro-Nord/Sud. Di fatto, mediamente le Regioni centro-settentrionali hanno speso circa 4 euro in più rispetto all'universo complessivo delle Regioni, al contrario delle Regioni del Mezzogiorno, nelle quali la spesa è risultata, invece, mediamente più bassa per una cifra superiore ai 7 euro.

Se questo è il quadro che emerge in termini medi, d'altro canto è interessante notare come nello stesso periodo, le Regioni del Mezzogiorno registrino anche una convergenza lenta, ma graduale, rispetto all'universo di riferimento. Non a caso, se si considera l'evoluzione della spesa, lo scarto in termini pro capite delle Regioni meridionali sul valore complessivo cala in maniera costante (a parte il picco del 2005) passando dai circa 9 euro pro capite di scarto del 2002 ai 6 euro pro capite del 2006. Ad ogni modo, la diminuzione del gap fra gli andamenti di spesa nel Mezzogiorno rispetto al resto del paese sembra essere stato precipuamente indotto, più che da un forte aumento della spesa nelle Regioni meridionali, da quello che è stato un calo delle stesse dinamiche di spesa nelle Regioni settentrionali e in particolare in quelle centrali.

La contrazione della spesa nelle Regioni centro-settentrionali costituisce un fenomeno di indubbio interesse anche se, molto probabil-

mente, tale evoluzione dovrebbe essere letta alla luce di quelle che sono state in parallelo le dinamiche della spesa regionale per interventi di carattere socio-sanitario (domiciliari, semiresidenziali, residenziali), a valere sui fondi sanitari regionali. Tale spesa costituisce di gran lunga la parte maggioritaria delle risorse regionali se raffrontata a quella sociale in senso stretto (Da Roit, 2007, p. 42) e risulta essere più consistente nelle aree centro-settentrionali del paese, come mostrano i valori pro capite (al 2002) di cui alla tabella 2. Purtroppo, la mancanza di serie storiche su questo aggregato di spesa non permette di verificare empiricamente quanto il calo delle spesa sociale nelle Regioni centro-settentrionali possa essere correlato ad un concomitante incremento, nelle stesse Regioni, della spesa per interventi a carattere socio-sanitario, anche se quanto vedremo in seguito in merito al protagonismo regionale sul settore della non autosufficienza (un settore chiaramente all'interno del comparto socio-sanitario) nonché quanto emerso in merito in alcuni studi condotti su bilanci di singole Regioni (cfr. Da Roit e Gambino, 2005), sembrano portare elementi di conferma a tale ipotesi.

In sintesi, il quadro che emerge, al netto dei mutamenti di breve periodo e limitandoci ad un'analisi in senso stretto della spesa sociale, è quello di un contesto sub-nazionale in cui i differenziali regionali rimangono più che consolidati[7], confermando di gran lunga una delle distorsioni storiche nella configurazione delle politiche sociali nel nostro paese, ovvero la forte differenziazione territoriale in particolare lungo l'asse Centro-Nord/Sud. A questa differenziazione sui termini dei livelli di spesa va, inoltre, aggiunto un altro elemento che stando anche a quanto emerso nella letteratura in materia, sia sullo specifico delle politiche sociali (Fargion, 1997) che in termini più generali (Simoni, 1997) sembra discriminare, con una certa significatività, il pano-

[7] Un'indicazione della preesistenza di differenze territoriali, lungo la discriminante Centro-Nord/Sud, nei comportamenti di spesa sociale delle Regioni, può essere ricavata dai dati di spesa (impegni) corrente per l'assistenza relativamente al periodo 1991-1994, raccolti nel rapporto Irs/Commissione d'indagine sulla povertà e l'emarginazione (1997, p. 58). Di fatto, rielaborando i dati in termini pro capite (mantenendo esclusi la Regione Veneto e le cinque Regioni a statuto speciale) per le tre macro aggregazioni territoriali, risulta come mediamente nel periodo considerato, il livello di spesa pro capite delle Regioni meridionali sia risultato inferiore del 30% rispetto al valore complessivo, del 25% rispetto al valore delle Regioni settentrionali e per ben il 53% inferiore al valore delle Regioni centrali.

rama regionale italiano, ovvero la capacità di gestione finanziaria delle stesse regioni.

A tal proposito, nei passaggi precedenti, considerando i livelli pro capite di spesa sociale delle Regioni, abbiamo fatto riferimento a dati di cassa, ovvero a quelle che sono le liquidità effettive che vengono esborsate, sia in termini di competenze che in conto residui, dalle Regioni nell'anno di riferimento. L'esborso finale costituisce, ad ogni modo, il punto conclusivo di un processo più articolato che viene messo in moto all'interno delle istituzioni regionali, il quale si origina in prima battuta nelle previsioni di spesa iscritte a bilancio a livello politico, per proseguire nel concreto operare delle strutture amministrative, attraverso l'assunzione dei rispettivi impegni di spesa e terminare con la fase appena ricordata, ovvero l'esborso effettivo. Il succedersi di questi passaggi non è automatico, e può risentire di difficoltà o ritardi che possono dare luogo a differenti tassi di rendimento delle Regioni in termini di gestione finanziaria. Analizzare i diversi passaggi, nonché le eventuali discrepanze, significa quindi considerare quella che è la tempestività ed efficienza delle istituzioni regionali nel dare piena attuazione alle programmazioni di spesa assunte. Per apportare alcuni elementi conoscitivi in proposito si è deciso di analizzare, con riferimento al periodo più recente e prendendo in considerazione solo otto casi regionali, la gestione finanziaria delle Regioni a partire dall'utilizzo di una fonte comune di risorse, ovvero i trasferimenti annuali di cui al Fondo nazionale per le politiche sociali.

Nella tabella 3 vengono riportati tre indicatori di gestione finanziaria elaborati in merito all'utilizzo di queste risorse[8].

[8] La selezione dei casi è stata dettata unicamente dalla possibilità di consultazione in rete dei conti consuntivi regionali (per un periodo minimo di tre anni), provvisti di un certo dettaglio analitico per capitoli di spesa. Sulla scorta della letteratura (Simoni, 1997, pp. 426-30), sono stati elaborati i seguenti indicatori di gestione finanziaria (moltiplicati per 100): 1) *velocità di cassa*, dato dal rapporto fra impegni + residui/totale pagamenti che dà un'indicazione della capacità delle Regioni di dar corso attraverso pagamenti agli impegni di competenza nonché a quelli assunti in esercizi precedenti; 2) *capacità d'impegno,* dato dal rapporto fra impegni e stanziamenti di competenza che dà un'indicazione in merito alla capacità degli apparati amministrativi di dar corso alle previsioni inscritte a bilancio; 3) *smaltimento residui passivi*, dato esclusivamente dal rapporto fra pagamenti in conto residui e residui iniziali, che dà un'indicazione in merito alla capacità di dar corso limitatamente ad impegni assunti in esercizi precedenti.

Tabella 3 - Valori percentuali medi indicatori di gestione finanziaria risorse Fnps

	Periodo	Capacità d'impegno	Velocità di cassa	Smaltimento residui passivi
Lombardia	2003/04	81,1	55,3	99,7
Marche	2004/06	81,0	67,0	81,2
Lazio	2004/06	37,8	45,0	58,3
Campania	2005/06	26,8	35,9	44,9
Puglia	2003/06	48,9	20,5	19,6
Basilicata	2003/06	89,1	74,9	97,9
Calabria	2003/06	58,5	40,9	57,9

Fonte: Nostre elaborazioni su conti consuntivi regionali.

Come si vede dai valori percentuali, ciò che emerge è un tasso medio di rendimento nettamente più elevato nel caso di una Regione settentrionale (Lombardia) e di una centrale (Marche), le quali non solo danno corso con maggiore impegno agli stanziamenti annuali previsti (cfr. capacità d'impegno), ma presentano anche una capacità di smaltimento dei residui (ovvero degli impegni pregressi che non hanno dato corso a pagamento) nettamente superiore a quelle delle Regioni del Mezzogiorno (con l'eccezione della Basilicata) (*infra*). Dai dati emerge, quindi, una differenziazione territoriale lungo l'asse Centro-Nord/Sud che riguarda non solo, come già visto in precedenza, i livelli di spesa sociale in senso stretto, quanto – con tutti gli accorgimenti di una generalizzazione basata su pochi casi – la stessa tempestività ed efficienza operativa delle istituzioni regionali. Una differenziazione che sembra, ad ogni modo presentare anche alcuni elementi di eterogeneità all'interno delle macro aree sub-nazionali, come mostrano da un lato il caso del Lazio (se raffrontato alle Marche) e quello della Basilicata.

In particolare, in quest'ultimo caso, il tasso di rendimento medio risulta, con l'unica eccezione dello smaltimento residui, il migliore non solo fra le Regioni del Mezzogiorno, ma anche nel complesso, confermando una peculiarità già a suo tempo riscontrata nei primi studi condotti proprio sul tema del rendimento istituzionale delle Regioni nell'ambito delle politiche sociali (Fargion, 1997), nonché più di recente seppur con riferimento specifico alle politiche regionali per la non autosufficienza (Pavolini, 2004).

4. Persistenze. Il finanziamento regionale della spesa sociale

Con l'analisi condotta nel precedente paragrafo abbiamo visto, attraverso i dati di spesa, come la ridefinizione del ruolo delle Regioni nell'ambito delle politiche sociali avvenga in un contesto subnazionale in cui rimangono persistenti due tratti di fondo di quello che potremmo definire essere stato un «regionalismo sociale» nel nostro paese, ovvero un'elevata differenziazione nei livelli di spesa nonché nelle stesse capacità, più di carattere operativo, relative al funzionamento delle istituzioni regionali. Oltre a questi aspetti, che rimandano all'universo delle Regioni in senso stretto, se passiamo a considerare, in termini verticali, le interdipendenze territoriali fra i diversi livelli di governo per quanto concerne il finanziamento della spesa sociale, emerge la persistenza di un terzo elemento «storico», ovvero la sostanziale debolezza delle Regioni rispetto allo Stato e agli enti locali.
Su questo punto, si è già evidenziato come le Regioni abbiano scontato tradizionalmente, da un lato, una forte dipendenza finanziaria nei confronti dello Stato centrale, a fronte di un sistema di finanziamento per lungo tempo interamente costituito di trasferimenti piuttosto che di entrate proprie (in particolare, di natura tributaria). Dall'altro lato, una debole capacità di regolazione e orientamento delle politiche sociali a livello territoriale, a fronte del primato storico dei Comuni in questa area di policy (Saraceno, 2005). Con riferimento al primo termine, i dati riportati in Gori e Zanardi (2008, p. 163) mostrano come anche nel periodo più recente (2005) più del 40% della spesa delle Regioni (a statuto ordinario) nel settore dell'assistenza dipenda da trasferimenti di natura statale. Se teniamo conto che la gran parte di questi rimanda alla quota annuale ripartita nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali, il cui ammontare non è legato ad alcun parametro certo, ma soggetto solo alle discrezionalità annuali del governo centrale (che possono essere favorevoli o sfavorevoli, come mostrano le evoluzioni degli ultimi anni), risulta del tutto evidente quanto le Regioni esercitino un controllo non particolarmente elevato sulle stesse dinamiche di spesa sociale.
D'altro canto, con riferimento al secondo termine, la considerazione di quello che è il peso dei trasferimenti regionali sul totale della spesa sociale implementata dalle amministrazioni locali, mette in evidenza quanto tutt'ora risulti debole la capacità delle Regioni di influire direttamente sugli orientamenti e sui comportamenti di spesa definiti a livello locale.

Tabella 4 - Incidenza percentuale dei trasferimenti regionali per la funzione «Interventi in campo sociale» sul totale di spesa per la funzione «Interventi in campo sociale» delle amministrazioni locali (anni 2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006	Media 02-06
Nord	16,8	16,3	11,1	13,7	19,9	15,6
Centro	27,2	27,0	21,6	18,1	19,5	22,7
Sud	32,4	31,1	20,6	38,5	29,9	30,5
Totale	22,1	21,4	15,4	18,7	21,3	19,8

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di spesa non consolidati Cpt.

Come si vede dai valori percentuali (tab. 4), mediamente fra il 2002 e il 2006 l'incidenza dei trasferimenti regionali ha coperto meno del 20% sul totale della spesa sociale locale. A livello sub-nazionale, la marginalità dei trasferimenti mostra una maggiore intensità nel caso delle Regioni centrali (22,7%) e, in particolare, di quelle settentrionali (15,6%), contrariamente al Mezzogiorno, dove se ne registra una maggiore incidenza (30,5%). Tale differenziazione va, chiaramente, letta alla luce non tanto di una maggiore generosità dei trasferimenti delle Regioni del Mezzogiorno a favore degli enti locali, quanto sulla base dei livelli particolarmente elevati di spesa sociale che caratterizzano le amministrazioni locali dell'Italia centrale e, in particolare, settentrionale rispetto a quelle meridionali (Gori e Zanardi, 2008, p. 162). A tal proposito, risultano esemplificativi i livelli di spesa (impegni) sociale pro capite dei Comuni rilevati dall'Istat (2008a) nell'ambito dell'indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni (singoli o associati). Di fatto, al 2005 (ultimo anno di riferimento) le amministrazioni locali dell'Italia nord-orientale, nord-occidentale e centrale hanno impegnato (con un valore pro capite nazionale risultato pari a 98,0 euro) una spesa sociale pro capite rispettivamente pari a 146,1, 112,6 e 111,0 euro di converso al Mezzogiorno, dove i valori pro capite si sono assestati su livelli nettamente inferiori (rispettivamente 40,1 euro nella penisola e 84,0 euro nelle Regioni insulari).

Da questa notevole marginalità dei trasferimenti regionali deriva che gli indirizzi di spesa sociale dei Comuni risultano dipendere in larga misura, nonché trovare finanziamento, da quelle che sono le risorse disponibili localmente, in particolare di carattere tributario (oppure extratributario, attraverso la leva delle tariffe), come messo in luce an-

che da recenti ricostruzioni, condotte dall'allora Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, sui flussi di finanziamento del sistema di servizi sociali a livello territoriale (Pesaresi, 2008, pp. 172-173). Considerando il 2003, dato a 100 il totale della spesa, in termini complessivi, circa il 23% della stessa risultava coperto da compartecipazioni alla spesa mentre più del 48% da risorse proprie dei Comuni[9] (*ibidem*). Alle medesime risultanze sono giunti anche altri studi, seppur circoscritti a singoli contesti regionali: per fare un esempio, nel caso della Regione Emilia-Romagna, l'analisi condotta sui programmi attuativi annuali dei piani di zona, ha messo in luce come, al 2004, più del 45% della spesa venisse coperto da risorse proprie dei Comuni (Raciti, 2005).
La centralità delle risorse proprie dei Comuni nel finanziamento della spesa sociale a livello territoriale, in parallelo alla notevole marginalità dei trasferimenti regionali, sembra quindi delineare uno scenario di persistenza rispetto ad una delle debolezze storiche del regionalismo sociale nel nostro paese, ovvero l'incapacità di costruire sistemi di cittadinanza sociale omogenei, in grado di ricondurre a maggiore unitarietà la frammentazione e discrezionalità esistente a livello locale (Saraceno, 2005; Ranci, 2006a). D'altro canto, alla luce dei nuovi orizzonti aperti dal riassetto territoriale delle competenze e funzioni, le Regioni hanno avviato anche percorsi di innovazione e cambiamento, che si sono sostanziati sia nell'approvazione di nuove normative regionali di riordino della materia, sia nell'istituzione di nuove linee di finanziamento in un'ottica di espansione delle dinamiche di spesa. Un aspetto, quest'ultimo, cui sarà dedicato il prossimo paragrafo.

[9] Come già notato, gran parte delle risorse proprie dei Comuni derivano da entrate di carattere tributario. A queste, vanno comunque aggiunti i trasferimenti indistinti annuali provenienti dallo Stato centrale e che vengono veicolati dai Comuni per il finanziamento della spesa sociale. Su questo punto, il rapporto ministeriale non provvede ad un ulteriore disaggregazione per fonti di derivazione delle entrate proprie, anche se non è azzardato affermare che le prime (ovvero le entrate tributarie) costituiscono di gran lunga l'intero ammontare delle risorse proprie. A tal proposito, basti pensare che al 2006 (a livello nazionale, sull'accertamento delle entrate correnti) (Istat, 2008b), l'incidenza delle entrate tributarie è risultata pari al 52,3%, contro un'incidenza dei trasferimenti statali pari al 14,4% (chiaramente, a livello sub-nazionale, le incidenze tendono a presentare andamenti differenziati). Con la recente abolizione dell'Ici, si aprono, invece, nuovi scenari con il ritorno ad un sistema di finanza locale a forte connotazione derivata.

5. Il carattere innovativo dei fondi regionali per la non autosufficienza

Alla luce di una crescente domanda di bisogno, indotta dalle profonde trasformazioni di carattere demografico e familiare, nonché in un contesto di persistente inerzia da parte dello Stato, le Regioni hanno attuato negli ultimi anni una serie di iniziative in un settore cruciale, ovvero quello della non autosufficienza. Tali attività si sono articolate da un lato, in maniera più strutturata, attraverso l'istituzione di fondi specifici regionali, mentre dall'altro lato attraverso la predisposizione di singole misure, tese ad ampliare il repertorio di programmi e interventi a favore della non autosufficienza.

Sul primo versante bisogna notare che, contrariamente alle previsioni di cui alla legge quadro 328/00, sino allo scorso anno il nostro paese non si era ancora dotato di un fondo nazionale specifico. Questa mancanza è stata colmata solo con la Finanziaria per il 2006 (l. 296/06), che ha istituito (con decorrenza dal 2007) un fondo nazionale destinato all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale. Con il primo riparto, le risorse destinate al fondo (pari a 100 milioni) sono state finalizzate su tre aree d'intervento, ovvero: a) potenziamento dei canali di accesso ai servizi (attraverso porte uniche di accesso); b) attivazione di modalità di presa in carico attraverso la definizione di progetti individualizzati di assistenza; c) sviluppo dei servizi domiciliari (Gori, 2008, p. 69).

Sia l'istituzione del fondo nazionale che la finalizzazione delle risorse individuata in sede di riparto hanno tratto spunto da una serie di esperienze già avviate in merito a livello regionale, a partire dai provvedimenti approvati, nel corso del 2006, in due Regioni, ovvero Lazio e Liguria. Nel primo caso, la Regione ha deliberato una normativa specifica d'istituzione (l.r. 20/2006) – cui ha fatto seguito l'approvazione delle linee guida da parte della giunta regionale (d.g.r. 601/2007) – con la quale sono state individuate le finalità, i destinatari nonché gli interventi e servizi finanziati con il fondo (fra questi: interventi specifici di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale; servizi di sollievo alle famiglie; dimissioni protette; definizione di piani personalizzati d'intervento).

Nel caso della Liguria, l'istituzione di un dispositivo specifico di finanziamento è stata prevista all'interno della più recente normativa regionale di riordino delle politiche sociali regionali, ovvero la l.r. 12/2006, cui la giunta ha dato attuazione attraverso la d.g.r. 1106/2006. In quest'ultimo caso, le risorse destinate al fondo sono state utilizzate

prevalentemente nell'erogazione di un contributo economico per favorire la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, all'interno della definizione di specifici programmi individualizzati di assistenza (in cui si individua il responsabile di caso) nonché sulla base di un «patto assistenziale» sottoscritto con la famiglia (o con chi ha in carico l'anziano o il disabile).

Alle esperienze avviate nel Lazio e in Liguria hanno fatto seguito l'attuazione di fondi regionali per la non autosufficienza in Emilia-Romagna (a partire dalla d.g.r. 509/07 seppur l'istituzione del fondo rimandava già alla legge finanziaria regionale per il 2005), Abruzzo (l.r. 47/2006, all'interno della Finanziaria regionale, e d.g.r. 1281/2007 dalla quale sono discesi gli indirizzi applicativi per l'utilizzo delle risorse), Basilicata (l.r. 4/2007, all'interno della legge quadro delle politiche sociali regionali) per arrivare alle più recenti istituzioni di fondi nel caso del Veneto (l.r. 1/2008, all'interno della Finanziaria regionale), dell'Umbria (l.r. 9/2008, con l'approvazione, similmente al Lazio, di una normativa specifica) e, in prospettiva, della Toscana (la giunta regionale ha appena approvato un disegno di legge in merito).

Come già notato, l'intervento regionale non si è sostanziato solo nella creazione di nuove linee di finanziamento, ma anche nella predisposizione di interventi specifici a favore della non autosufficienza, come avvenuto in Piemonte (tra le diverse iniziative, con forme di incentivazione finanziaria finalizzate alla riduzione dell'eterogeneità locale nel costo della retta socio-assistenziale praticata nelle strutture residenziali), Lombardia (con il lancio del voucher socio-sanitario per l'erogazione, attraverso fornitori accreditati, dell'Adi), Marche (con l'innalzamento dei livelli di assistenza nelle residenze protette) e Puglia (con l'avvio, in via sperimentale, dell'assegno di cura per favorire la domiciliarità della persona non autosufficiente).

Se considerate sotto un profilo di distribuzione territoriale, risulta chiaro come gran parte delle iniziative regionali prese a favore della non autosufficienza si siano concentrate nel Centro-Nord, diversamente dal Mezzogiorno in cui solo tre Regioni hanno previsto o l'istituzione di un fondo specifico o la predisposizione di nuovi programmi d'intervento. Tale squilibrio, potrebbe essere letto alla luce di una maggiore intensità della domanda di cura nelle Regioni centro-settentrionali rispetto a quelle meridionali anche se i dati relativi alle condizioni di salute della popolazione non sembrano supportare tale ipotesi. Di fatto, al 2005, l'incidenza della disabilità (valori «grezzi») risulta maggiore nelle Regioni dell'Italia insulare (5,7%) e di quella me-

ridionale (5,2%), mentre in quelle settentrionali, nonostante i più alti tassi d'invecchiamento, i valori si assestano su un livello più basso, ovvero pari a circa il 4% (Istat, 2007, p. 12). Un dato che diventa ancor più netto se dai valori grezzi si passano a considerare i valori standardizzati, depurando quindi, dall'effetto indotto da una differente distribuzione per età della popolazione residente, i termini di raffronto fra le macro aree sub-nazionali[10] (*ibidem*).

Nella diversificazione territoriale sembrano quindi operare, in larga misura, altri meccanismi, che rimandano in particolar modo alle tradizioni amministrative regionali sviluppate nel settore (Pavolini, 2004), in una sorta di «dipendenza da percorso», in cui l'innovazione delle politiche risulta pesantemente condizionata dagli assetti organizzativi nonché dalle culture di servizi pre-esistenti (Ranci, 2006b).

Oltre a questo elemento, va inoltre tenuto conto che sia l'istituzione di nuovi fondi regionali, sia la predisposizione di iniziative ad hoc, hanno implicato uno stanziamento di risorse aggiuntive da parte delle singole Regioni, reperite, in un primo momento – a fronte dei vincoli centrali imposti all'autonomia tributaria (cfr. *supra*) – attraverso ricalibrature interne ai diversi capitoli di spesa; mentre, più di recente – a partire dallo sblocco degli stessi vincoli centrali – attraverso incrementi della pressione fiscale.

Quest'ultimo aspetto, in un contesto nazionale in cui una regolare perequazione delle risorse risulta tutt'ora mancante, sembra giocare, al pari della dinamica di «dipendenza istituzionale» sopra accennata, un ruolo cruciale nel distribuire lungo l'asse Centro-Nord/Sud l'effettiva consistenza delle azioni regionali sul terreno della non autosufficienza. A tal proposito, basti considerare quelli che sono stati (al 2007) gli stanziamenti aggiuntivi propri (ovvero al netto sia di eventuali risorse pregresse derivanti dai fondi sanitari regionali, sia di quelle più recenti derivanti dal riparto del fondo nazionale) nell'ambito dei fondi regionali per le quattro Regioni che hanno avviato operativamente tale dispositivo. Si passa dai circa 3 milioni dell'Abruzzo, ai 10 milioni della Liguria e ai 16 milioni del Lazio per arrivare ai 100 milioni stanziati dall'Emilia-Romagna. In quest'ultimo caso il dimensionamento delle risorse assume ancor più significato tenuto conto che, con il primo ri-

[10] Chiaramente, nel caso delle Regioni centro-settentrionali, la semplice incidenza della popolazione disabile sul totale della popolazione residente, risulta influenzata dal maggior peso, in raffronto alle Regioni del mezzogiorno, della popolazione anziana sulla struttura demografica complessiva.

parto del fondo nazionale, è stata trasferita complessivamente alle Regioni una cifra addirittura inferiore, pari a 99 milioni di euro.

6. Conclusioni: quali le opportunità, quali i rischi?

In questo contributo, attraverso la dimensione finanziaria, si è cercato di analizzare l'attuale stato del regionalismo nel nostro paese, a seguito dei profondi cambiamenti che hanno investito l'organizzazione territoriale delle competenze e funzioni, in un'area specifica di policy, ovvero quella delle politiche sociali. Ciò che è emerso dall'analisi è un quadro caratterizzato da una serie di persistenze rispetto ad alcuni tratti di fondo che hanno accompagnato le evoluzioni di più lungo periodo del regionalismo sociale in Italia, quali l'elevata differenziazione territoriale, nonché una bassa capacità di controllo sulle dinamiche di spesa (a fronte della notevole rilevanza dei trasferimenti centrali) e di regolazione rispetto ai sistemi locali di welfare. D'altro canto, emergono anche alcuni segnali di cambiamento, di un rinnovato protagonismo regionale, come visto a partire dall'area della non autosufficienza.
Dall'intreccio di questi due elementi sembrano scaturire, in maniera speculare e in prospettiva, non solo delle opportunità, ma anche dei rischi che possono correlarsi allo sbilanciamento territoriale in atto delle politiche sociali sulla dimensione regionale.
Sul primo versante, il forte accrescimento delle potestà regolative regionali porta con sé la possibilità non solo di elaborare risposte più adeguate rispetto al bisogno espresso a livello territoriale (Pavolini, 2004, p. 211), ma anche di fornire modalità innovative d'intervento potenzialmente estendibili a livello nazionale. Su quest'ultimo punto, esemplificative sono state proprio le dinamiche descritte nel paragrafo precedente sul tema della non autosufficienza. In un contesto di persistente inerzia statale, le Regioni hanno intrapreso percorsi autonomi d'intervento che hanno costituito non solo uno stimolo alla successiva istituzione di un fondo nazionale, ma anche un riferimento nell'implementazione delle stesse risorse afferenti al fondo. A tal proposito, basti pensare alla finalizzazione delle risorse nazionali destinate alla creazione di punti unici per l'accesso ai servizi e interventi di carattere socio-sanitario o alla previsione di percorsi di presa in carico attraverso progetti individualizzati di assistenza: modalità che hanno trovato già ampia diffusione e un certo consolidamento di lungo corso in alcuni contesti regionali.

D'altro canto, i processi di regionalizzazione delle politiche sembrano portare con sé una serie di rischi, legati alla specificità del contesto nazionale, entro cui essi prendono luogo, nonché alle specifiche modalità con cui hanno trovato attuazione. Da una parte, infatti, come già ricordato, il mutamento impatta su una notevole differenziazione territoriale, che riguarda non solo i livelli di spesa in senso stretto, quanto anche il funzionamento delle macchine amministrative e la stessa capacità di innovazione, influenzata da assetti organizzativi e culture dei servizi radicati nelle singole Regioni (Ranci, 2006b). Dall'altra parte, la maggiore autonomia riconosciuta avviene in un contesto in cui rimangono irrisolti due nodi cruciali, ovvero una compiuta implementazione dei livelli essenziali e un adeguato funzionamento degli schemi di perequazione delle risorse su base nazionale, con un rischio di accrescimento, anziché di diminuzione e convergenza, delle tradizionali disparità esistenti a livello regionale.

Riferimenti bibliografici

Antonini L., 2003, *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 Cost.*, «Le Regioni», n. 1, pp. 11-40.

Assr - Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2004, *Regione per Regione i dati 2002*, «Monitor. Elementi di Analisi di Osservazione del Sistema Salute», anno III, n. 10, ottobre, pp. 8-33.

Baldi B., 2006, *Le regioni*, in Capano G. e Gualmini E. (a cura di), *La pubblica amministrazione in Italia*, Il Mulino, Bologna, pp. 147-172.

Bordignon M. e Giarda P., 2004, *L'attuazione del decreto*, disponibile sul sito http//www.lavoce.info.

Bosi P., 2003, *Corso di scienza delle finanze*, Il Mulino, Bologna.

Bosi P., 2008, *Federalismo fiscale e finanziamento dei livelli essenziali*, in Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, supplemento al n. 10/2008 di «Prospettive Sociali e Sanitarie».

Brosio G., Maggi M. e Piperno S., 2003, *Governo e finanza locale. Un'introduzione alla teoria e alle istituzioni del federalismo fiscale*, Giappichelli Editore, Torino.

Brosio P., 2003, *Intergovernmental relations in Italy*, disponibile sul sito Iref http://www.irefeurope.org/col_docs/doc_20_fr.pdf.

Buglione E. e Marè M., 2003, *Il federalismo fiscale in Italia: ruolo dello Stato e degli Enti territoriali nella gestione delle entrate e delle spese*, Commissione Tecnica per la spesa pubblica, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Roma.

Buglione E., 2006, *Per un federalismo sostenibile*, «Rivista giuridica del Mezzogiorno», anno XX, n. 2-3, pp. 289-313.

Da Roit B. e Gambino A., 2005, *La spesa*, in Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, pp. 53-71.
Da Roit B., 2001, *Politiche pubbliche per l'assistenza*, FrancoAngeli, Milano.
Da Roit B., 2007, *Politiche regionali a confronto: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci Faber, Roma, pp. 27-48.
Dente B., 1989, *Il governo locale*, in Freddi G. (a cura di), *Scienza dell'amministrazione e politiche pubbliche*, Nis, Roma, pp. 123- 170.
Ecchia G., Carassiti M., Mazzanti G. e al., 2001, *La spesa sociale della Regione Emilia-Romagna*, in Ascoli U., Barbagli M., Cossentino F., Ecchia G. (a cura di), *Le politiche sociali in Emilia-Romagna. Primo rapporto*, Rosenberg & Sellier, Torino, pp. 145-214.
Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna.
Ferioli E., 2007, *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neoregionalismo in fieri*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 65-76.
Gori C. e Zanardi A., 2008, *Le politiche sociali in un contesto di federalismo fiscale*, in Guerra M. C. e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2008*, Il Mulino, Bologna, pp. 159-188.
Gori C., 2008, *Quali livelli essenziali per i non autosufficienti*, in Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, supplemento al n. 10/2008 di «Prospettive Sociali e Sanitarie», pp. 59-74.
Guerra M. C. e Zanardi A., 2006, *Introduzione*, in Guerra M.C. e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2006*, Il Mulino, Bologna, pp. 7-25.
Irs - Istituto per la ricerca sociale/Commissione d'Indagine sulla povertà e l'emarginazione, 1997, *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
Istat, 2007, *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma.
Istat, 2008a, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati. Anno 2005*, Roma.
Istat, 2008b, *I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali. Anno 2006*, Roma.
Kazepov Y. e Carbone D., 2007, *Che cos'è il welfare state*, Carocci, Roma.
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* - Bozza, Direzione generale del Fondo nazionale per le politiche sociali e monitoraggio della spesa sociale, Roma.
Ministero dello Sviluppo economico - Dipartimento per le Politiche di sviluppo, 2007, *Guida metodologica ai Conti Pubblici Territoriali*, Roma, disponibile sul sito: http://www.dps.tesoro.it/cpt/cpt_notemetodologiche.asp.
Raciti M., 2005, *La spesa nei Piani di Zona in Emilia-Romagna*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 16, pp. 7-11.
Ranci C., 2006a, *Costruire il welfare locale: la sfida del social planning*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 10-11, pp. 2-5.

Ranci C., 2006b, *Welfare locale, decentramento e cittadinanza*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 127-135.

Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.

Pesaresi F., 2008, *La spesa pubblica per le prestazioni sociali*, in Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, supplemento al n. 10/2008 di «Prospettive Sociali e Sanitarie», pp. 141-193.

Saraceno C., 2005, *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, Associazione Reforme, Milano.

Simoni T., 1997, *Il rendimento istituzionale delle regioni: 1990-1994*, «Polis», anno XI, n. 3, dicembre, pp. 417-436.

Zanardi A., 2006b, *Federalismo fiscale: tutto rinviato*, in Guerra M.C. e Zanardi A. (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2006*, Il Mulino, Bologna, pp. 129-156.

Italia. Processi di regionalizzazione e settori di policy

Regionalizzazione e mercato del lavoro

Manuel Marocco

Nel saggio vengono prese in esame le diverse fasi di sviluppo che, nell'arco di un decennio, ha subìto la legislazione regionale in materia di mercato del lavoro. In primo luogo, è considerata la modernizzazione, prima organizzativa e poi funzionale, dei servizi all'impiego, frutto del decentramento amministrativo, realizzato, sul finire degli anni '90, in attuazione della cosiddetta Riforma Bassanini. È tuttavia la riforma costituzionale del 2001, la quale ha attribuito alle Regioni la potestà legislativa in materia di «tutela e sicurezza del lavoro», che ha segnato, almeno per alcune di esse, il momento per un ripensamento del ruolo delle amministrazioni locali nel governo dei mercati del lavoro territoriali. Non solo si segnalano rivisitazioni, più o meno profonde, del modello organizzativo e gestionale degli anni '90, ma soprattutto le Regioni, alla costante ricerca di settori di intervento poco praticati a livello centrale, hanno cominciato a sperimentare nuove modalità di promozione della «qualità del lavoro».

1. Introduzione

In tema di lavoro, il banco di prova della devoluzione di competenze dal centro alla periferia è stato, in primo luogo, la *modernizzazione* dei Servizi pubblici per l'impiego (Spi).

Infatti, l'accentramento delle funzioni, pur sottendendo condivisibili obiettivi di giustizia sostanziale, aveva determinato effetti perversi che avevano influito fortemente sulla scarsa efficacia ed efficienza dell'intervento pubblico in materia di politica del lavoro. Da una parte, una volta *neutralizzata* l'originaria funzione assistenziale e antidiscriminatoria svolta dagli uffici pubblici preposti al collocamento[1], si poneva l'esigenza di «riconvertire» un complesso apparato il cui assetto organizzativo non corrispondeva più alle funzioni residuali allo stesso affidate. Dall'altra, si sentiva la necessità di risolvere l'inefficiente ripar-

[1] Per una ricostruzione si veda Liso, 2003.

tizione tra centro e periferia di due delle componenti essenziali delle politiche di intervento microeconomico in materia di mercato del lavoro e occupazione. Infatti, il decentramento in capo alle Regioni (realizzato sin dal 1972) delle competenze in tema di interventi formativi, separate da quelle relative al collocamento e all'avviamento al lavoro, gestite da organi periferici dello Stato, aveva segnato negativamente l'azione pubblica.

Del resto, già a partire dagli anni '80 si era, di fatto, verificato uno «sfondamento effettuale della demarcazione delle competenze» tra Stato e Regioni (Varesi, 1986). Queste ultime, approfittando del passaggio da politiche ricostruttive, tutte versate alla assistenza economica ai disoccupati e all'equa ripartizione delle occasioni di lavoro – le quali trovavano proprio nel monopolio pubblico del collocamento il proprio perno centrale – a politiche promozionali dell'occupazione, avevano per prime normativamente individuato servizi mai svolti prima dalle strutture pubbliche. In altre parole le Regioni, progressivamente estendendo e originalmente interpretando le fasi solo propedeutiche al collocamento della manodopera (formazione professionale, orientamento, osservazione del mercato del lavoro), avevano, con vicende alterne, parzialmente *occupato* «la terra di nessuno» (così Varesi, 1998) dell'incentivazione economica all'assunzione delle categorie svantaggiate, delle misure di *job-creation*, dei Lsu; in una parola la parte più innovativa dei servizi all'impiego, la cosiddetta politica attiva del lavoro.

Alle aspirazioni delle amministrazioni locali, che si erano così sviluppate *sul campo*, lo Stato aveva risposto, solo parzialmente, con l'istituzione, presso le Regioni a statuto ordinario, delle Agenzie regionali per l'impiego (l. 56/1987), organismi mutuati dalla esperienza già avviata presso quelle ad autonomia differenziata. Proprio le sperimentazioni ivi intraprese costituirono comunque «il primo passaggio dalla presenza dello Stato sul mercato del lavoro propria degli uffici di collocamento ad un nuova configurazione dei Servizi per l'impiego prefigurati dagli interventi di politica attiva del lavoro erogati dalle Regioni» (Napoli, 2002, p. 82).

Sintetizzando, la «modernizzazione» degli Spi, almeno nella legge, si è realizzata quindi attraverso due, diverse e separate, fasi storiche ed è stata finalizzata al raggiungimento di due obiettivi, fra loro complementari.

In primo luogo, tra il 1997 e il 1999 è stata disciplinata la riforma «strutturale» degli organismi pubblici di controllo del mercato del lavoro.

Mediante il d.lgs. 469/1997, di attuazione della l. 59/1997 (cosiddetta legge Bassanini), i relativi decreti di trasferimento delle risorse umane e strutturali dal centro alla periferia e le leggi regionali di attuazione del medesimo decreto, ne è stato definito il nuovo assetto organizzativo: il «Sistema regionale per l'impiego». Ciascun ente territoriale si è così dotato di una propria organizzazione amministrativa, orientata all'esercizio delle funzioni precedentemente svolte dagli uffici periferici del Ministero del Lavoro, nel frattempo soppressi, a far data dal dicembre 1999. Tale assetto organizzativo può dirsi ormai consolidato, sebbene – come si dirà – la legislazione regionale più recente sia reintervenuta in materia, anche con scelte del tutto originali.

Separatamente, e solo a partire dal 2000, si è invece avviata la riforma in una «prospettiva funzionale» degli stessi Spi. Il d.lgs. 181/2000, novellato dal d.lgs. 297/2002, il d.p.r. 442/2000 e, infine, la relativa disciplina regionale di attuazione, hanno intrapreso la trasformazione del collocamento da «funzione pubblica» a «pubblico servizio» (Liso, 2003), nell'intento di incidere, esplicitamente, non sul momento organizzativo degli Spi, ma sul loro *modus operandi*.

Da questo ultimo punto di vista è possibile rilevare maggiori difficoltà, non solo «*a valle*», vale a dire dal punto di vista della concreta operatività della generale e astratta previsione normativa, ma anche «*a monte*», cioè dal punto di vista della normazione e della regolamentazione che si è data in questa materia. La diversa scansione temporale con cui si è realizzata la modernizzazione – semplificando, si è prima deciso «chi» doveva fare e solo successivamente «cosa» fare (così Pirrone e Sestito, 2006) – sembra aver pesato, e ancora pesare, sulla sua concreta messa in opera.

D'altra parte, la dottrina più attenta ha sin da subito sottolineato il rischio che: «il decentramento in quanto tale – pur potendo avere *ex se* […] qualche utile ricaduta sull'efficienza e sull'efficacia dell'azione amministrativa – abbia effetti innovativi più sui modelli politico-istituzionali di governo che sui modelli organizzativi dei servizi pubblici» (così Rusciano, 1999, p. 28). Allo stesso modo vi è stato chi (Gragnoli, 1999), muovendosi dalla considerazione che: «Se fino ad oggi è stato carente il governo del mercato, la ragione non è da ricercare nelle esclusive inettitudini organizzative del Ministero, ma nell'inadeguatezza dei poteri», ha criticato l'impostazione di fondo della legge Bassanini e in particolare «l'attenzione riservata alla dimensione strutturale, mentre risulta trascurata la priorità della prospettiva funzionale».

Da un altro angolo di visuale, la legislazione regionale può essere ricostruita a seconda dei livelli di implementazione raggiunti rispetto alle direttive di policy fissate a livello nazionale (nell'ordine nei decreti, già citati, 469/1997 e 297/2002 e infine 276/2003).
Poche sono le autonomie (Calabria, Molise) che si sono «fermate» al primo livello di implementazione e vale a dire quello della modernizzazione solo strutturale degli Spi; la maggioranza di esse, invece, si attestano sul secondo livello: sono cioè intervenute, oltre che sotto quest'ultimo profilo, anche su quello funzionale. Poche, d'altro canto, sono le normative regionali di *terza generazione*, che cioè, oltre ad essere *ritornate* sul proprio «Sistema regionale per l'impiego» e aver dato attuazione ad alcuni istituti della cosiddetta Riforma Biagi, hanno cercato di dare un senso concreto alla potestà legislativa assegnatagli dalla riforma costituzionale del 2001 in materia di «tutela e sicurezza del lavoro», in particolare, come si dirà, promuovendo la «qualità del lavoro».

2. Il decentramento amministrativo in materia di mercato del lavoro

In Italia, la modernizzazione degli Spi è coincisa, temporalmente e normativamente, con la *liberalizzazione* degli stessi servizi all'impiego: si sarebbe cioè data attuazione al principio di sussidiarietà nella sua duplice valenza, sia verticale che orizzontale (Olivelli, 2003, p. 227). In un unico atto legislativo sono state infatti *fuse* entrambe le tendenze generali che hanno caratterizzato gli interventi di riforma realizzati in altri paesi: vale a dire, da un lato, il venir meno del monopolio pubblico del collocamento – peraltro, quest'ultimo in realtà anticipato dall'introduzione del «lavoro interinale» ad opera della l. 196/1997 («Pacchetto Treu») e accompagnato dalla nota pronuncia di illegittimità della Corte di Ivi europea (caso *Job Center II*[2]) – e, dall'altro, la riorganizzazione delle loro modalità di funzionamento, in particolare attraverso il decentramento a livello locale della gestione dei servizi.
Con riguardo alla organizzazione degli Spi, prima dell'intervento di riforma, si confrontavano due tesi ridotte, nel dibattito politico istituzionale, a «radicalizzazioni» di posizioni inconciliabili fra loro: da una parte l'attribuzione alle Regioni (in quanto già provviste della compe-

[2] La Corte di giustizia europea, in data 11/12/1997 (causa 55/1996), ha affermato l'illegittimità del monopolio pubblico italiano del collocamento, per sfruttamento abusivo di posizione dominante.

tenza in materia di formazione professionale) del ruolo di «protagonista *par excellence* dell'intervento pubblico sul mercato del lavoro» (Carinci, 1999); dall'altra la costituzione di un'autonoma Agenzia nazionale, posta sotto la vigilanza del Ministero del Lavoro e compartecipata da Stato, Regioni e parti sociali. Come è detto è stata la prima ipotesi a prevalere, sebbene con un *inedito* protagonista: le Province.
Nel dibattito attorno alla riforma organizzativa degli Spi (Agenzia nazionale *vs* decentramento) irruppe la già ricordata Riforma Bassanini.
Con tale complessivo intervento si intendeva dare il massimo impulso, «a Costituzione invariata», al cosiddetto *federalismo amministrativo*; si predisponeva, da una parte, il trasferimento dalle Regioni agli enti locali delle funzioni amministrative nelle materie appartenenti alla potestà legislativa regionale concorrente – secondo il principio cosiddetto del «doppio binario» – e, dall'altra, la «delega» dallo Stato alle Regioni e agli enti locali dell'esercizio di altre funzioni amministrative. Proprio a quest'ultimo tipo di conferimento apparteneva quello realizzato nel citato d.lgs. 469/1997, con la conseguenza che in materia di «mercato del lavoro» – allora – le Regioni avevano la potestà di emanare solo norme attuative della normativa statale.
Il modello istituzionale italiano, rinunciando quindi a quello di tipo agenziale tipico di altre esperienze europee aveva, in maniera originale, optato in materia per una delega alle Regioni, e tramite esse alle Province, vere «protagoniste» della riforma, allora segnate – secondo autorevole dottrina – da «una vera e propria resurrezione» (così Carinci, 1998). Infatti, il sistema delle deleghe a livello locale, andando anche oltre il disegno originariamente previsto, prevedeva l'attribuzione alle prime del ruolo di legislazione, di organizzazione amministrativa, di progettazione, di valutazione e controllo dei servizi all'impiego, mentre alle seconde quello di «fulcro gestionale» dei servizi sul territorio e quello di raccordo con gli altri enti locali.
Se è vero che tale, per così dire, *sub-conferimento* in favore dell'ente provinciale poteva essere considerato, in ottica centralistica, meramente diretto ad indebolire la «regionalizzazione» dei servizi per l'impiego (Gragnoli, 1999), esso rappresentava comunque un passo necessario e congruente con la *ratio* ispiratrice dell'intero intervento di riforma, teso, come detto, a superare la dicotomia istituzionale «tra i servizi per l'impiego, le politiche attive del lavoro e le politiche formative». Per garantire infatti la «integrazione» tra di essi non poteva non essere tenuto conto che la legge sull'ordinamento delle autonomie locali – l. 142/1990, ora d.lgs. 267/2000 – potenzialmente attribuiva proprio a

tale ente i compiti connessi alla «formazione professionale, […] attribuiti dalla legislazione statale e regionale» (così Garofalo, 2004).
Insomma, diversamente da altri partner comunitari, in cui esiste un'unica organizzazione concernente l'intero territorio nazionale, in Italia non è stato predisposto un modello di gestione unitario, ma è stato attribuito a ciascuna Regione il compito di provvedere all'organizzazione di propri «Sistemi regionali per l'impiego», seppur entro i margini di una griglia di enti predeterminata.
Quanto al ruolo generale assegnato allo Stato, la dizione usata dal legislatore si segnalava per una certa genericità, sia oggettiva che soggettiva; tanto che vi era chi (Lassandari, 1999) parlava di un sistema «già molto centralistico, oggi tuttavia definibile "policefalo" e forse "acefalo"».
Orbene, si può affermare che il livello di indeterminatezza con cui, nel d.lgs. 469/1997, appariva definito il ruolo generale dello Stato era direttamente proporzionale al livello di puntualità con cui si era invece proceduto a fissare l'individuazione, la composizione e le funzioni degli organi deputati a svolgere i compiti conferiti alle Regioni[3].
Illuminanti in proposito sono i principi e i criteri direttivi che il decreto fissava alle leggi regionali di attuazione in materia di «Criteri per l'organizzazione del sistema regionale per l'impiego». Va premesso che questa parte dell'atto è quella la cui *gestazione* fu più complessa, in quanto oggetto di puntuali critiche in particolar modo ad opera delle Regioni. Queste contestarono, fin da subito, l'eccessiva compressione della loro potestà di intervento sul modello organizzativo previsto, realizzata mediante la cosiddetta «predeterminazione dei livelli di governo» delle funzioni conferite. Nonostante il governo fosse intervenuto sul disegno iniziale, accogliendo alcune delle sollecitazioni rappresentate in sede di acquisizione dei pareri delle Commissioni competenti ed erodendo quindi ancor più evidenti rigidità, l'uniformità organizzativa costituiva, pure nel testo definitivo, la più forte *valvola di sicurezza* contro eventuali «fughe in avanti».
Infatti, il potere legislativo regionale era stato vincolato alla necessaria previsione di tre organismi cui affidare rispettivamente il momento politico, quello concertativo e infine quello tecnico, fissandone, nel contempo, la composizione. Seppure il d.lgs. n. 469 abilitasse le leggi

[3] Rusciano, 1999, pertanto affermava che il d.lgs. 469/1997 aveva costituito un modello di governo locale del mercato del lavoro «molto rigido», dal quale «le fonti decentrate possono allontanarsi per aspetti solo marginali».

regionali di attuazione a disporre discrezionalmente circa l'allocazione di talune delle funzioni conferite tra i diversi organismi da istituire, resta che questi ultimi costituissero un *numerus clausus* la cui gamma di competenze era, per la maggior parte, predeterminato.
D'altro canto, a seguito dell'intervento abrogativo della Corte costituzionale del 2001 (sent. 74/2001), l'uniformità organizzativa imposta nel 1997 appare ora espunta dall'ordinamento giuridico. La Corte ha, difatti, ritenuto incostituzionali e quindi cassato proprio le disposizioni di carattere organizzativo che il legislatore nazionale aveva *imposto* ai costituendi «Sistemi regionali per l'impiego»: insomma, semplificando, «Commissione regionale tripartita permanente», «Comitato interistituzionale» e «Agenzia regionale» tecnica, non rappresentano più articolazioni amministrative necessarie degli appena ricordati Sistemi.
In conclusione, già prima della riforma costituzionale del 2001, l'impianto del d.lgs. 469/1997, e in particolare il principio dell'uniformità organizzativa ivi sposato, ne riusciva grandemente indebolito, ciò peraltro in un contesto in cui non risultava evidente e chiara, perlomeno dal punto di vista giuridico e tecnico, l'individuazione di un momento istituzionale per ricondurre ad unità l'intero sistema.

3. La nuova potestà legislativa concorrente in materia di «tutela e sicurezza sul lavoro»

Prima di passare all'analisi della legislazione regionale più recente, è necessario rivolgere l'attenzione agli interventi del legislatore costituzionale, di quello ordinario e della Consulta i quali, tra il 2001 e il 2005, hanno condizionato e mutato profondamente potestà, modalità e spazi di attività degli stessi legislatori regionali. In ordine di tempo ci si riferisce alla legge costituzionale 3/2001, alla l. 30/2003, nonché ad uno dei relativi decreti attuativi (il d.lgs. 276/2003) e alla sentenza della Corte costituzionale 50/2005.
In primo luogo, la legge cost. 3 appena citata, nell'ambito di una rivisitazione dei rapporti tra Stato, Regioni ed enti locali, ha ampliato la potestà legislativa regionale concorrente alla materia della «tutela e sicurezza del lavoro». In altre parole, dal piano della, seppur rilevante, estensione delle competenze amministrative delle Regioni realizzato dal d.lgs. 469, è stata ampliata la potestà delle autonomie a legiferare, seppure entro i limiti «dei principi fondamentali, riservati alla legislazione dello Stato».

La scarsa chiarezza e il carattere inedito della endiadi sopra citata – «tutela e sicurezza del lavoro» – ha suscitato un notevole dibattito dottrinario, in effetti dando luogo ad un gran lavorio di esegesi normativa.

Fin da subito l'attenzione degli studiosi – anche sulla base di una lettura *continuista* con i più recenti sviluppi della legislazione in materia e al fine principale di scongiurare qualsiasi ipotesi di *regionalizzazione* del diritto del lavoro – si è concentrata sull'attribuzione alla potestà esclusiva statale della materia identificata con l'espressione «ordinamento civile», identificando così, per sottrazione e mediante un passaggio logico successivo, quella concorrente regionale (Ferraresi, 2005)[4]. Ciò ha permesso di attribuire allo Stato la competenza, appunto esclusiva, di dettare la disciplina relativa ai rapporti privatistici, e quindi anche ai rapporti di lavoro, nonché quella concernente il diritto sindacale.

Pertanto, scorporato quest'ultimo e il rapporto individuale di lavoro, è divenuta più agevole l'identificazione della materia della «tutela e sicurezza del lavoro». Sebbene, in proposito siano identificabili interpretazioni più o meno estensive sulla concreta ampiezza di quest'ultima, pare potersi concordare con autorevole dottrina (Napoli, 2002, p. 366) la quale afferma che essa «sta a significare che è demandata alle Regioni la legislazione che ha ad oggetto la protezione dei lavoratori sul mercato», da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale. In altre parole, verrebbe attribuita alle autonomie la gestione pubblica del mercato del lavoro, l'attività amministrativa di tutela del lavoro (il collocamento e i servizi per l'impiego *in primis*), le quali andrebbero poi coordinate con quella esclusiva regionale in particolare relativa alla istruzione e formazione professionale.

Come anticipato, a partire da tale nucleo fondamentale, si sono contrapposte diverse linee interpretative, semplificando una restrittiva e una omnicomprensiva, che si distinguono, appunto, nell'allocare taluni peculiari istituti (politiche attive e passive, mediazione privata, attività di vigilanza in materia di lavoro, incentivi all'occupazione, ammortizzatori sociali, ecc.) ora alla competenza esclusiva statale, ora a quella concorrente, ora ancora a quella esclusiva regionale.

Peraltro, su alcuni degli istituti appena considerati è intervenuta la co-

[4] Del resto, la dottrina che ha studiato la successiva elaborazione giurisprudenziale della Corte costituzionale (Trojsi, 2007), conferma che è la stessa Consulta a suggerire che l'ambito della competenza regionale va ricavata per sottrazione delle «materie» e dei profili di competenza esclusiva statale.

siddetta Riforma Biagi, la quale si è anche incaricata di compiere talune scelte allocative. Rileva a tal fine quella parte della riforma dedicata alla «Organizzazione del mercato del lavoro», emanata dal legislatore delegato, appunto, nel rispetto delle «competenze delle Regioni in materia di regolazione e organizzazione del mercato del lavoro regionale».

Sul complesso delle scelte compiute nel 2003, si è pronunciata la Corte costituzionale (sent. 50/2005), sollecitata dalle numerose questioni di legittimità costituzionale promosse da diversi enti territoriali e poi riunite dalla stessa Corte[5]. In particolare, le amministrazioni regionali e provinciali lamentavano una presunta lesione delle competenze, legislative e amministrative, loro attribuite dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Senza entrare qui nel dettaglio tecnico della complessa pronuncia della Consulta, si può osservare che sono poche le norme colpite da illegittimità costituzionale dalla sentenza 50/2007, mentre nel complesso, anche grazie all'intervento correttivo nel frattempo intervenuto[6], la Consulta si è pronunciata per la legittimità costituzionale, sotto il profilo della ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, della riforma del 2003.

Pregnante è quanto affermato dalla Corte in tema di «servizi per l'impiego». Sebbene si sia rinunciato ad una definizione esaustiva della «tutela e sicurezza del lavoro» (Scagliarini, 2006, p. 185), nella stessa pronuncia si afferma che in tale nozione rientra senza ombra di dubbio «la disciplina dei servizi per l'impiego e in specie quella del collocamento», pervenendo così agli stessi risultati cui, sin da subito, era giunta la dottrina maggioritaria. Muovendosi poi da quella corrente di pensiero nella dottrina giuslavoristica che ha inteso sottolineare il nesso esistente tra diritto al lavoro affermato dall'art. 4, co. I, Cost. e servizi per l'impiego, ha riaffermato l'esistenza in capo al legislatore regionale di un limite esterno e ulteriore rispetto a quello dei «principi fondamentali» fissati nella legislazione statale.

In tal caso, «essendo i servizi per l'impiego predisposti alla soddisfazione del diritto sociale al lavoro», spetterà altresì allo Stato l'esercizio

[5] In particolare si tratta di due ricorsi della Regione Marche, due ricorsi della Regione Toscana, due ricorsi della Regione Emilia-Romagna, due ricorsi della Provincia autonoma di Trento e un ricorso della Regione Basilicata.

[6] Ci si riferisce al d.lgs. 251/2004, con il quale l'Esecutivo ha provveduto a «correggere» diverse norme contenute nel d.lgs. 276/2003.

di quella ulteriore prerogativa esclusiva in ordine alla fissazione di standard minimi di qualità ed efficienza dei servizi stessi, da garantire su tutto il territorio nazionale, attraverso la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni».
D'altro canto, parte della dottrina (Ales, 2003), aveva già proposto il ricorso alla cosiddetta «tecnica del livello essenziale di prestazione», così da affidare al legislatore statale una competenza trasversale volta alla individuazione di misure in materia di mercato del lavoro, da attuarsi attraverso prestazioni determinate in concreto dalle singole Regioni, e da superare una rigida ripartizione per materie, non sempre idonea a scongiurare possibili effetti di *dumping* sociale territoriali.

4. L'assetto organizzativo dei «Sistemi regionali per l'impiego» nella legislazione regionale più recente

Solo a seguito della sentenza 50/2005 più volte menzionata, alcune Regioni – anche fra quelle promotrici del conflitto di attribuzioni – hanno provveduto ad approvare primi atti legislativi di disciplina dei mercati del lavoro locali. Nella maggioranza dei casi, tali interventi assumono la veste di «testi unici» con cui le amministrazioni locali, nel rinnovare e sistematizzare il proprio apparato normativo e istituzionale dedicato alla materia, dichiarano i propri obiettivi programmatici e disegnano una congruente strumentazione giuridica.
In maniera costante, come accennato, obiettivo complessivo è la promozione della «qualità del lavoro»; ciò non solo negli atti adottati tra il 2005-06 da Marche, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Lombardia, ma anche nelle leggi approvate da Liguria e Lazio nel 2007, interamente, ed esclusivamente, dedicate al tema.
Riassumendo – e semplificando – nell'ambito del *materiale* normativo esaminato, pertanto, sono disciplinati tre macro-settori: i «Sistemi regionali per l'impiego», la rete locale dei servizi all'impiego e, infine, la «qualità del lavoro».
Solo il primo gruppo di Regioni, infatti, ha colto l'occasione anche per re-intervenire sulle caratteristiche, l'assetto e le funzioni degli organismi pubblici facenti parti di detti Sistemi, mediante interventi di *restyling* delle leggi con cui era stata data attuazione al più volte citato d.lgs. 469/1997.
La prima questione affrontata è quella relativa alla ripartizione delle competenze tra Regione e le *inedite* protagoniste della riforma del 1997, vale a dire le Province.

La scelta compiuta dalla maggioranza è stata quella della continuità con tale modello – come peraltro ribadito dalla cd. legge Biagi – e cioè nel senso nel «mantenimento» presso le seconde delle competenze amministrative in materia di collocamento e politiche attive; e ciò nonostante la più volte ricordata sentenza 50/2005 legittimasse le Regioni anche a scelte allocative alternative. Come già detto altrove (Marocco, 2007), solo la Lombardia pare essersi diversamente orientata, mettendo in discussione, almeno in parte, il ruolo delle Province quale esclusivo fulcro gestionale dei servizi all'impiego.

Un ulteriore elemento di differenziazione rispetto al modello originario del 1997, anche in questo caso disposto da tutte le Regioni a Statuto ordinario considerate, ma non dalla Lombardia, è rappresentato dalla *internalizzazzione* nell'ambito della struttura regionale delle funzioni e dei compiti prima attribuiti alle rispettive Agenzie tecniche per l'impiego, tramite la soppressione delle stesse. Tale scelta pare confermare una certa *diffidenza* che, alcune Regioni, sin dall'inizio avevano mostrato verso tali istituzioni.

Importante spazio è poi dedicato alla costruzione della rete dei soggetti deputati all'erogazione dei servizi all'impiego. È proprio in tale sezione che sono regolati alcuni degli istituti introdotti *ex novo* dal citato d.lgs. 276/2003 ed è chiarito il ruolo attribuito nell'ambito di detta rete agli operatori privati e cioè, semplificando, di attore *integrativo* ovvero anche *sostitutivo* di quello pubblico.

È in particolare la disciplina dell'istituto dell'accreditamento, nel quadro comparato della legislazione regionale sino ad ora emanata, che qualifica, e differenzia, i modelli territoriali di gestione ed erogazione dei servizi al lavoro, insomma la governance del sistema locale. Sebbene vada subito sottolineato che, al momento in cui si scrive, solo in Toscana e Lombardia l'accreditamento è pienamente in vigore, in quanto, oltre alla legge regionale, sono stati emanati i relativi regolamenti attuativi. Secondo l'impostazione maggioritaria, infatti, l'accreditamento costituisce solo un atto propedeutico all'affidamento del servizio – insomma necessario, ma non sufficiente per l'effettivo ingresso nella rete degli operatori – che si concretizzerà solo al momento in cui l'amministrazione competente, con un ulteriore e distinto provvedimento, nel concreto, deciderà l'affidamento stesso. In altre parole, alla Regione risulta affidato il ruolo di programmazione delle politiche e delle risorse necessarie al supporto delle stesse, mentre le Province attuano gli interventi previsti in tale ambito con la collaborazione «integrativa» degli operatori accreditati.

In Lombardia, invece, l'esercizio delle attività di intervento sul mercato del lavoro, ad esclusione di talune peculiari funzioni di carattere squisitamente amministrativo, è comunque condizionato al possesso del titolo amministrativo. Tutti gli operatori, anche quelli pubblici, sono cioè tenuti a sottoporsi alla procedura amministrativa di accreditamento, pena l'esclusione dal «sistema». In altre parole, mentre nella maggioranza delle ipotesi sono disciplinate le modalità per la corretta instaurazione di partenariati pubblico-privati (accreditamento e atto di affidamento del servizio), in un caso risulta regolato un univoco e obbligatorio meccanismo di erogazione del servizio pubblico, cui risultano sottoposti tutti gli operatori della «rete».

Tale duplice modello è ben visibile confrontando i testi legislativi.

Nel modello di *integrazione*, assai riassumendo, sono posti paletti di vario genere al ricorso a soggetti esterni alla amministrazione. In primo luogo, sono richiamate le condizioni obiettive generali che, in genere, giustificano i processi di *outsourcing* nell'ambito della pubblica amministrazione («economicità» del ricorso al soggetto privato e «motivata impossibilità» del servizio pubblico a svolgere il servizio da affidare all'esterno), nonché precisato il ruolo solo integrativo e non sostitutivo dei soggetti accreditati, finalizzato cioè a «completare la gamma, migliorare la qualità ed ampliare la diffusione sul territorio delle funzioni dei servizi, nonché per fornire interventi specializzati per determinate categorie di utenti». Un ulteriore paletto è posto tramite l'individuazione di riserve e vale a dire servizi affidati in via esclusiva alla Provincia (e ai Cpi); si tratta in particolare delle funzioni idonee ad incidere sullo *status* dei soggetti e sulla pretesa dei cittadini/utenti a beneficiare delle politiche attive erogate nell'ambito del «Sistema Regionale dell'impiego».

Quanto al modello che abbiamo definito «sostitutivo» – o di «quasi-mercato» (*quasi-market*), come è conosciuto nella letteratura internazionale[7] – si nota, innanzi tutto, il ruolo assolutamente preminente affidato alla amministrazione regionale, la quale tiene presso di sé saldamente i «cordoni della spesa», a scapito delle Province, le quali competono in posizione di – quasi – pari dignità con altri soggetti ai fini della realizzazione degli interventi sul mercato del lavoro locale programmati.

Alla stessa amministrazione finanziatrice spettano poteri di controllo sui risultati raggiunti tramite le aste competitive. Tutti i soggetti, pub-

[7] Si vedano Mosley e Sol, 2005.

blici e privati, accreditati sono così sottoposti ad una procedura di valutazione di efficacia ed efficienza, affidata, per un quadriennio, ad un «valutatore indipendente», scelto con una gara ad evidenza pubblica. È quindi previsto un meccanismo di premialità economico fisso, particolarmente ampio e severo, basato sul punteggio assegnato dal «valutatore»[8]. Si noti che, per i soggetti pubblici, la vincolatività di detto meccanismo di premialità è assicurato dalla previsione che: «I risultati negativi degli operatori pubblici sono considerati ai fini della responsabilità dirigenziale, della riorganizzazione degli uffici e delle procedure di mobilità».

5. La declinazione regionale della nozione di «qualità del lavoro»

La «qualità del lavoro» ha costituito una delle tre sezioni fondamentali della legislazione regionale analizzata. Una lettura complessiva dei testi consente subito di apprezzare la natura poliedrica di tale nozione; in effetti ciascun legislatore vi ha ricondotto strumenti e istituti diversi, ampliando e restringendone i confini, tanto che – almeno espressamente – quasi nessuno di essi si è cimentato in una sua definizione. Aldilà della ambiguità che ne deriva, la normazione relativa alla «qualità» pare essere la più genuina espressione delle politiche promozionali regionali dirette a modificare *in melius* le condizioni dei mercati del lavoro locali. Infatti, posta la competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile», la quale *neutralizza*, per così dire, qualsiasi velleità regionale di regolazione dei rapporti giuridici di lavoro e del diritto sindacale, le autonomie locali hanno comunque inteso riservarsi spazi di azione capaci di indirizzare, attraverso varie forme di sostegno, i comportamenti della offerta e in particolare della domanda di lavoro.
Semplificando, piuttosto che da sanzioni, il precetto normativo risulta accompagnato da incentivi, al fine di incoraggiare l'autonoma adozione dei comportamenti positivamente valutati dal legislatore. Ne appare al contempo confermata l'interpretazione della nozione di «tutela e sicurezza del lavoro», quale disciplina diretta, mediante l'apprestamento di appositi apparati amministrativi, politiche e strumenti e

[8] È difatti stabilito che, addirittura, «Una quota non inferiore al 75% dei finanziamenti regionali per i servizi per il lavoro è assegnata sulla base dei risultati della valutazione relativa all'ultimo anno».

nei limiti dei livelli essenziali posti dallo Stato, a migliorare l'ambiente in cui la stessa prestazione lavorativa si svolge.

In definitiva, proprio a ragione della relativa novità di una declinazione giuridica di detta nozione di derivazione comunitaria[9], nonché dalla prospettiva volontaristica e promozionale insita nella stessa, diverse Regioni ne hanno approfittato – come avvenuto negli anni '80 (si veda *supra* par. 1) – per occupare nuovamente le «terre di nessuno» e vale a dire quegli spazi che, proprio perché più innovativi, non hanno ancora ricevuto una completa regolazione statale. Ne risultano così taluni filoni di intervento «inediti» (Varesi, 2005), che possono essere tuttavia riclassificati alla luce delle 10 componenti essenziali della qualità, individuati dalla Commissione europea sin dal 2001, e riconducibili a due grandi categorie: le caratteristiche del posto di lavoro, da un lato, e l'ambiente di lavoro e le condizioni del mercato del lavoro, dall'altro. In particolare, in linea con le caratteristiche sopra descritte della potestà legislativa regionale, riceve particolare attenzione la seconda categoria di componenti, e vale a dire gli indici raggruppati sotto l'espressione «Ambiente di lavoro e condizioni del mercato del lavoro»[10].

Quanto alla regolazione nel merito che ricevono i singoli istituti fatti rientrare in tale «poliedrico» concetto, appare confermato il carattere promozionale degli interventi[11], spesso anche attraverso il supporto e il coinvolgimento delle parti sociali, sono sperimentate: misure tese a modificare il regime delle convenienze, in particolare della domanda di lavoro (si pensi alla previsione di incentivi alle imprese per la cd. stabilizzazione rapporti di lavoro), ovvero vari strumenti finalizzati al miglioramento della occupabilità dei lavoratori (percorsi formativi qualificati, sostegno per l'accesso al credito, ecc.), nonché varie iniziative di sensibilizzazione sociale e istituzionale (ad es. in tema di responsabilità sociale delle imprese) e, infine, disposizioni di semplificazione e accorpamento delle competenze amministrative, soprattutto nel campo della sicurezza e della regolarità dei rapporti di lavoro.

[9] Si veda per una ricostruzione Com (2001) 313 def. e Com (2003) 728 def.

[10] Espressamente: «Parità di trattamento di uomini e donne»; «Protezione della salute e della sicurezza sul lavoro»; «Flessibilità e sicurezza»; «Integrazione tramite il lavoro e accesso al mercato del lavoro»; «Organizzazione del lavoro e equilibrio tra vita professionale e sfera privata»; «Dialogo sociale e partecipazione dei lavoratori»; «Diversificazione e non discriminazione».

[11] Per un'analisi dettagliata delle misure sia consentito rinviare a Marocco, 2006; 2008.

In conclusione, l'analisi della legislazione regionale svolta consente di apprezzare lo sforzo compiuto a livello territoriale. A seguito della complessa opera di risistemazione dell'apparato ministeriale ereditato alla fine degli anni '90 – vale la pena sottolineare che si è trattata di una delle più consistenti esperienze di trasferimento di personale dallo Stato alle autonomie locali – le Regioni si sono adoperate, con velocità diverse, per la disciplina delle attività cui erano chiamati i «Sistemi regionali per l'impiego» e in particolare le loro articolazioni territoriali di base (i Centri per l'impiego).
Le scelte compiute in quest'ultimo campo appaiono, allo stato, consolidate, seppure si vanno formando modelli differenziati in tema di erogazione dei servizi all'impiego, a seconda del diverso sviluppo – in questa materia come in altre – degli strumenti della cosiddetta amministrazione indiretta, sino ad esperienze che, in parte, intaccano il ruolo di erogatore unico dell'operatore pubblico.
Infine, secondo quanto già avvenuto in passato, in alcune aree si sperimentano *inediti* strumenti di intervento nei mercati del lavoro locali, interpretando la nozione di «tutela e sicurezza del lavoro» quale disciplina migliorativa delle condizioni del lavoratore, utilizzando a tale scopo le indicazioni comunitarie in tema di «qualità del lavoro».

Riferimenti bibliografici

Ales E., 2003, *Diritto all'accesso al lavoro e servizi per l'impiego nel nuovo quadro costituzionale: la rilevanza del «livello essenziale di prestazione»*, in «Diritto Lavori & Mercati», n.1, pp. 9-23.

Carinci F., 1998, *Una scommessa per l'Europa: regionalizzazione dei servizi per l'impiego e apertura alla mediazione dei privati*, in Carinci F. (a cura di), *Il nuovo collocamento*, inserto di «Diritto e Pratica del Lavoro», n. 11, pp. III-IV.

Carinci F., 1999, *I due volti della riforma: regionalizzazione e privatizzazione*, «Quaderni di Diritto del lavoro e delle relazioni industriali», n. 22, pp. 3-12.

Ferraresi M., 2005, *Lavoro e federalismo: il confronto tra Stato e Regioni dopo la sentenza 50/2005*, «Diritto delle relazioni industriali», n. 4, pp. 1064 -1085.

Garofalo D., 2004, *Mercato del lavoro e regionalismo*, in Di Stasi A., (a cura di), *Diritto del lavoro e federalismo*, Giuffrè, Milano.

Gragnoli E., 1999, *Funzioni pubbliche di collocamento e attività di Regioni e Province*, «Lavoro e Diritto», n. 261, pp. 261-296.

Lassandari A., 1999, *Le «agenzie» di collocamento nel diritto internazionale, comunitario e comparato europeo: elementi di disciplina; modelli di intervento*, «Quaderni di Diritto del lavoro e delle relazioni industriali», n. 22, pp. 167-196.

Liso F., 2003, *Appunti sulla trasformazione del collocamento da funzione pubblica a servizio*, in De Luca Tamajo R., Rusciano M., Zoppoli L. (a cura di), *Mercato del lavoro. Riforma e vincoli di sistema*, Editoriale scientifica, Napoli.

Marocco M., 2006, *L'evoluzione della legislazione regionale in materia di mercato del lavoro*, «Diritto delle relazioni industriali», n. 3, pp. 863-877.

Marocco M., 2007, *Ammortizzatori sociali. L'ordinamento italiano tra condizionalità crescente e polverizzazione della governance*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 213-230.

Marocco M., 2008, *La «qualità del lavoro» nella legislazione regionale più recente*, «Diritto delle relazioni industriali», n. 2, pp. 542-550.

Mosley H. e Sol E., 2005, *Contratualism in Employment services: A socio-economic perspective*, in Sol E. e Westerveld M. (a cura di), *Contractualism in employment service*, Kluver Law international, The Netherlands.

Napoli M., 2002, *Nuovo regionalismo e diritto del lavoro*, in *Lavoro, diritto, mutamento sociale*, Giappichelli, Torino.

Olivelli P., 2003, *Prospettive di un sistema integrato pubblico-privato nei servizi per l'impiego*, in Olivelli P. (a cura di), *Il «collocamento» tra pubblico e privato*, Giuffrè, Milano.

Pirrone S. e Sestito P., 2006, *Disoccupati in Italia. Tra Stato Regioni e cacciatori di teste*, Il Mulino, Bologna.

Rusciano M., 1999, *Il lavoro come diritto: servizi per l'impiego e decentramento amministrativo*, «Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale», suppl. n. 3, pp. 25-40.

Scagliarini S., 2006, *Competenze dello Stato e delle Regioni in tema di regolazione del mercato del lavoro*, in «Diritto delle Relazioni industriali», n. 1, pp. 183- 191.

Regionalizzazione e formazione professionale

Gianfranco Coronas, Saul Meghnagi

In Italia la riforma costituzionale del titolo V del 2001 attribuisce alle Regioni/Province autonome competenze legislative in materia di istruzione e formazione professionale. Queste istituzioni territoriali si sono pertanto dotate della specifica normativa, adoperandosi in direzione della costruzione di sistemi integrati di formazione e istruzione che tengano conto delle esigenze produttive e, alcune più di altre, per l'integrazione dei diversi canali di finanziamento. A partire da questo scenario, il saggio presenta un quadro aggiornato del sistema regionale italiano di istruzione e formazione professionale soffermandosi in particolare sulle leggi regionali e i Programmi operativi regionali (Por) Fse 2007-2013 di Emilia-Romagna e Campania, in cui vengono sottoscritti accordi con le parti sociali per un uso complementare delle risorse pubbliche (nazionali e regionali) e private (fondi paritetici interprofessionali) per la formazione continua.

1. Formazione e politiche per il lavoro. Un quadro europeo

La formazione nell'ambito delle istituzioni europee è concepita come uno strumento di politica attiva e per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita. Il contesto locale e lo sviluppo di forme di partenariato sono indicati quali dimensione e metodo più efficaci per raggiungere coloro che necessitano di servizi adeguati; mentre i contenuti previsti nella nuova programmazione dei fondi strutturali europei per il periodo 2007-2013, assumono quali parole chiave l'innovazione, la competitività, la produttività[1].

Mentre in passato si verificava, il più delle volte, un passaggio unilaterale e unico dal sistema scolastico o della formazione professionale a quello di un lavoro molto spesso definitivo fino al pensionamento, nel contesto attuale è molto più probabile che si abbia la ne-

[1] Vedi Commissione delle Comunità europee, documento di lavoro dei servizi della commissione, «Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente», Bruxelles, 30 ottobre 2000.

cessità di essere guidati, informati su percorsi di vita, di lavoro, di studio, di formazione da intraprendere, sia in relazione a percorsi professionali, che per più ampi processi di rinnovamento di vita o anche per essere partecipi a processi di innovazione sociale e di partecipazione attiva nell'ambito delle collettività territoriali o più ambiziosamente globali.

Si sottolinea quindi il bisogno di mettere in atto un cambiamento di metodo tale da considerare *l'orientamento come un servizio accessibile a tutti in permanenza*. Alla base della normativa e documentazione ufficiale europea c'è l'idea che si debba sostenere e aiutare i cittadini nel loro percorso di vita, nel valorizzare le capacità, individuare competenze, selezionare interessi in relazione a scelte formative e di studio e/o professionali, guardando alla domanda personalizzata ma inserita in un contesto collettivo.

L'orientamento si realizza nelle intenzioni comunitarie se si mettono in atto diverse e varie attività che riguardano l'offerta di informazioni e consigli, la consulenza, la valutazione delle competenze, il sostegno («*mentoring*»), il patrocinio, l'insegnamento delle competenze che consentono di prendere decisioni per gestire al meglio il percorso di carriera[2].

Attraverso l'orientamento si vuole dare sostegno: a chi transita da diversi livelli e settori dei sistemi di istruzione e formazione; a coloro che dalla scuola entrano nel mondo del lavoro; a quei giovani che dopo aver abbandonato la scuola prematuramente rientrano nel sistema dell'istruzione o formazione; a coloro che rientrano nel mercato del lavoro dopo essere stati disoccupati volontariamente o involontariamente; a quei lavoratori che subiscono ristrutturazioni settoriali e sono costretti a cambiare occupazione; ai lavoratori anziani o migranti.

Le organizzazioni sindacali europee sono consapevoli della necessità che i lavoratori e le imprese debbano avere adeguati servizi di informazione, orientamento e consulenza per avere lo sviluppo delle competenze per il lavoro. Le stesse parti sociali sono chiamate dalle istituzioni europee ad un impegno attivo per favorire i processi di accesso all'orientamento fornendo anche sostegno con la propria esperienza professionale a insegnanti, formatori e servizi di orientamento.

[2] Vedi Consiglio dell'Unione europea, «Progetto di risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, sul rafforzamento delle politiche, dei sistemi e delle prassi in materia di orientamento lungo tutto l'arco della vita in Europa», Bruxelles, 18 maggio 2004.

Emerge quindi la convinzione che la crescita e l'adeguamento delle competenze dei lavoratori e dei sistemi nazionali e locali possa avvenire con la partecipazione integrata di diversi soggetti chiave: ministeri, parti sociali, servizi d'impiego, prestatori di servizi, operatori dell'orientamento, strutture di formazione e istruzione, genitori, giovani, consumatori. Tutti sono chiamati a dare un contributo per lo sviluppo, l'integrazione e la crescita coesa della società.
Le istituzioni europee ritengono che sostenere forme di partenariato a livello locale è basilare per la diffusione della cultura dell'apprendimento permanente. Le autorità locali, le scuole, le università, altri soggetti dell'apprendimento, i servizi di informazione e orientamento, i centri di ricerca, le imprese in considerazione della loro responsabilità sociale, le Ong attive sul territorio come le organizzazioni di volontariato, i rappresentanti di potenziali fruitori di istruzione e formazione, le organizzazioni che si impegnano per la parità di genere, sono tutti chiamati a collaborare.
È dal contesto locale che si ritiene sia necessario partire costruendo indicatori che consentano di capire quali sono le necessità di apprendimento dei cittadini e delle collettività in cui vivono, partendo dalle competenze di base da acquisire e aggiornare (lettura, scrittura, calcolo, tecnologie dell'informazione e della comunicazione) e guardando agli interessi specifici di singoli e/o gruppi che hanno perso il contatto con i sistemi di apprendimento. Anche per questo si ribadisce la necessità di intervenire sull'adattamento e formazione continua dei mediatori dell'apprendimento (insegnanti, formatori, educatori degli adulti) e degli operatori dell'orientamento, facendo sì che si sviluppino forme di partenariato tra questi soggetti.
Per partire dagli interessi dei potenziali discenti, si ritengono necessari studi, ricerche, valutazioni e feedback realizzabili a partire dal lavoro di indagine svolto dalle strutture di orientamento e consultazione. Alle tradizionali competenze di base sopra citate se ne aggiungono ora di nuove, quali l'imprenditorialità e le competenze scientifiche e tecnologiche.

1.1 La programmazione dei Fondi strutturali 2007/2008

Le analisi presenti nel Programma operativo nazionale (d'ora in poi Pon) Obiettivo «Convergenza»[3], riguardante le Regioni del Sud d'Italia

[3] Vedi Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, «Programma operativo nazionale governance e azioni di sistema, Obiettivo 1 – Convergenza», settem-

con ritardi strutturali, e nel Pon Obiettivo «Competitività regionale e occupazione»[4], riguardante le aree del Centro-Nord, evidenziano che a fronte di punti di forza caratterizzanti il paese, come i buoni livelli di istruzione della forza lavoro e l'alta partecipazione femminile al sistema di istruzione e formazione, sono presenti elementi di debolezza cronici e gravi a cui si deve fare necessariamente fronte, tra cui i seguenti: generalizzato livello di occupazione inferiore a quello medio europeo; elevata disoccupazione di lunga durata; dispersione scolastica correlata a disagio sociale e illegalità; scarso numero di laureati in discipline scientifiche; assenza di un sistema di formazione professionale superiore non universitario; bassa partecipazione ad attività formative di adulti e soggetti con livelli di istruzione bassi; poca partecipazione femminile al lavoro; servizi per l'impiego incapaci di mettere in atto, in particolare al Sud, politiche attive per il lavoro e per l'incontro domanda-offerta; presenza di precariato di lunga durata; incapacità della pubblica amministrazione di offrire servizi efficienti e di qualità. Tra le minacce per il nostro paese l'analisi Swot indica: in collegamento all'incapacità dei servizi per l'impiego di erogare efficaci servizi, la presenza diffusa di modalità informali e amicali per il reclutamento al lavoro; la crescita del lavoro irregolare e del periodo medio di precarietà per chi ha più di 30 anni; la crescita del numero dei soggetti caratterizzati da disagio sociale.

Le conclusioni dell'analisi socioeconomica contenute nel Pon, evidenziano che il sistema di formazione nelle Regioni del Sud è ancora incapace di far fronte alle esigenze diffuse del sistema produttivo, tran-

bre 2007. Le Regioni rientranti nell'Obiettivo sono quelle che hanno un Pil pro capite inferiore al 75% della media Ue-25 (Campania, Puglia, Calabria, Sicilia); sono comprese anche quelle Regioni che subiscono l'effetto statistico, cioè che pur avendo un Pil pro capite superiore al 75% della media Ue-25 lo hanno inferiore al 75% della media Ue-15 (Basilicata); beneficiano inoltre delle risorse dell'Obiettivo anche i Paesi membri che hanno un reddito nazionale lordo pro capite inferiore al 90% della media Ue-25 (Fondo di coesione di cui non beneficia l'Italia).

[4] Vedi Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, «Programma operativo nazionale Azioni di sistema, Obiettivo 2 – Competitività Regionale e Occupazione», settembre 2007. Le Regioni rientranti nell'Obiettivo sono proposte dagli Stati membri tra quelle rientranti nelle categorie Nuts 1 e Nuts 2 (riguarda le Regioni del Centro-Nord Italia); sono comprese inoltre quelle Regioni che nella precedente programmazione 2000-2006 rientravano nell'Obiettivo 1 mentre nell'attuale non sono comprese nell'Obiettivo Convergenza (Sardegna).

ne che in alcuni casi riguardanti l'«alta formazione». I servizi per l'impiego pur se migliorati (si sta infatti diffondendo la pratica dei servizi di orientamento) mantengono ancora un impianto burocratico incapace di mettere in atto servizi attivi che facilitino l'incontro domanda-offerta di lavoro, e sono scarsamente collegati con il sistema della formazione e quello delle imprese che, se necessitano di personale, continuano a ricorrere a modalità informali e tradizionali.

Un altro evidente limite di sistema è la mancanza di strumenti di monitoraggio che permettano di conoscere a fondo comportamenti e fabbisogni nel mercato del lavoro, come anche l'attuazione e i risultati delle iniziative normative per l'inserimento e la mobilità lavorativa. Se nel Nord il sistema della formazione è maggiormente in grado di far fronte alle esigenze delle imprese, tuttavia, in generale, peggiora la capacità di offerta di percorsi di inserimento nei confronti di coloro che hanno scarse qualifiche.

Anche per quanto concerne i servizi per l'impiego viene auspicato un miglioramento nel collegamento con le strutture formative. Gli stessi servizi continuano ad avere uno scarso collegamento con le imprese che quando reclutano personale lo fanno secondo gli stessi canali informali che caratterizzano il Sud del paese. Infine anche al Centro-Nord vale quanto scritto per il Sud a proposito dell'assenza di efficaci strumenti di monitoraggio su comportamenti e fabbisogni lavorativi nonché sulle politiche per il lavoro messe in atto.

Di fronte a questa situazione che appare piuttosto difficile sono individuati nei due Pon, sulla base di specifici Assi di intervento, degli Obiettivi globali e specifici da raggiungere nel periodo 2007-2013. In particolare l'Asse B – *Occupabilità* prevede di: «Sostenere politiche per il miglioramento dell'accesso all'occupazione, la prevenzione della disoccupazione, l'inserimento sostenibile e l'ampliamento della partecipazione al mercato del lavoro». L'Asse C – *Capitale umano* prevede di: «Potenziare il capitale umano sostenendo i processi di riforma, il miglioramento qualitativo e l'interazione dei sistemi di istruzione, formazione e lavoro».

Per quanto concerne l'Asse *Occupabilità* gli Obiettivi globali, che tengono conto delle priorità del nuovo regolamento Fse[5], sono il sostegno a politiche che consentano di migliorare l'accesso all'occupazione,

[5] Vedi Regolamento (Ce) n. 1081/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 relativo al Fondo sociale europeo e recante abrogazione del regolamento (Ce) n. 1784/1999.

prevenire la disoccupazione, ampliare la partecipazione al lavoro. In questo quadro gli Obiettivi specifici sono: il miglioramento e/o adeguamento delle istituzioni del mercato del lavoro; il potenziamento delle modalità di osservazione e valutazione delle strategie messe in atto per l'occupabilità; la costruzione di modelli e strumenti per migliorare l'occupabilità e l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati. Per quanto concerne l'Asse *Capitale umano* l'Obiettivo globale è il potenziamento, in particolare favorendo l'integrazione dei sistemi istruzione, formazione e lavoro. Gli Obiettivi specifici sono: il miglioramento della qualità del sistema dell'offerta di istruzione e formazione e dei risultati dell'apprendimento; favorire il riconoscimento delle competenze acquisite, con la costruzione di un sistema regionale di certificazione.

In maniera più dettagliata si descrivono nei Pon i contenuti in materia di occupabilità e sviluppo del capitale umano. Per quanto concerne l'occupabilità si intendono migliorare le politiche e i servizi per l'inserimento lavorativo, partendo dalla maggiore efficienza dei sistemi di osservazione. Si intende poi migliorare l'attività dei servizi per l'impiego, in particolare per quanto riguarda i rapporti con le imprese e nel complesso per favorire l'accesso a servizi offerti a tutte le categorie di potenziali utenti. I servizi per l'impiego sono chiamati inoltre ad avere un ruolo nel dare attuazione alle politiche di workfare che mirano a coniugare sostegno al reddito con coinvolgimento attivo dei beneficiari di interventi di formazione, orientamento e inserimento al lavoro.

Altro obiettivo è il rafforzamento della rete informativa dei Servizi per il lavoro sul territorio e tra territori, relazionando così tutte le strutture pubbliche e private e permettendo l'accesso alle informazioni a cittadini e imprese. Per quanto riguarda lo sviluppo del capitale umano si intende proseguire sul tracciato iniziato nella programmazione 2000-2006 che vede coinvolti Ministero del Lavoro, Regioni e organizzazioni sindacali, anche rapportandosi con altri soggetti, primo fra tutti il Ministero della Pubblica istruzione.

Un obiettivo centrale è portare a compimento il processo di costruzione di comuni e condivisi standard professionali, formativi e per riconoscere e certificare le competenze acquisite attraverso percorsi formali, non formali e informali. Si vuole realizzare pertanto il quadro nazionale delle qualifiche che si colleghi a quello europeo (*European qualification framework*).

2. Il decentramento nel contesto italiano

La normativa prodotta in questi ultimi anni in Italia in materia di facilitazione di incontro fra domanda e offerta di lavoro ha considerato l'orientamento un'attività fondamentale che i servizi per l'impiego sono chiamati a svolgere in chiave propedeutica alla collocazione al lavoro o all'avvio a percorsi di formazione e/o riqualificazione.
Il processo di decentramento delle competenze in materia di politiche attive e orientamento al lavoro è per questo il quadro in cui si inseriscono le politiche della formazione.
Le Regioni e gli enti locali, pur mantenendo lo Stato compiti generali di indirizzo, promozione e coordinamento, hanno funzioni e compiti riguardanti il collocamento e le politiche attive per il lavoro[6]. Le istituzioni territoriali sono chiamate ad occuparsi di tutte le tipologie di collocamento esistenti (ordinario, agricolo, dello spettacolo, obbligatorio, dei lavoratori non Ue, dei lavoratori a domicilio, dei lavoratori domestici) oltre che di avviamento a selezione in enti pubblici e pubblica amministrazione non centrali, mentre tra le azioni di politica at-

[6] Vedi decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469 «Conferimento alle Regioni e agli enti locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell'articolo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59». La legge 59/1997 attribuisce al governo la delega per dare funzioni e compiti a Regioni ed enti locali in relazione alla necessità di riformare e semplificare l'attività della pubblica amministrazione. Tenendo conto di quanto stabilito dal d.lgs. 469/1997, l'art. 45, comma 1, lettera *a*) della legge 144/1999, modificato dall'art. 78, comma 26 della legge 388/2000, stabilisce la modifica dei criteri per la verifica dei requisiti individuali, per consentire meglio l'accertamento della condizione di disagio, intervenendo sul sistema di collocamento ordinario per migliorare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. In attuazione degli articoli di legge suddetti sono stati emanati i decreti legislativi che hanno voluto regolamentare, per garantire una maggiore efficacia, il sistema di incontro tra domanda e offerta di lavoro. In particolare: il decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181, «Disposizioni per agevolare l'incontro fra domanda ed offerta di lavoro, in attuazione dell'articolo 45, comma 1, lettera *a*), della legge 17 maggio 1999, n. 144», realizzato in base al d.lgs. 469/1997 che, con l'art. 1, comma 1, stabilisce che è compito dello Stato occuparsi dell'indirizzo, della promozione e del coordinamento delle questioni relative al collocamento e alle politiche attive per il lavoro; il decreto legislativo 19 dicembre 2002, n. 297, «Disposizioni modificative e correttive del decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181, recante norme per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, in attuazione dell'articolo 45, comma 1, lettera *a*) della legge 17 maggio 1999, n. 144».

tiva per il lavoro c'è quella di indirizzare, programmare e verificare i tirocini di formazione e orientamento. Per garantire l'integrazione tra servizi per l'impiego, politiche attive per il lavoro e politiche per la formazione sul territorio, i compiti e le funzioni in materia di collocamento sono realizzati dalle Province in base a legge regionale. Le Province a loro volta sono chiamate a garantire i servizi di collocamento attraverso i «centri per l'impiego», che devono essere presenti sul territorio facendo riferimento a bacini di utenza non inferiori a 100.000 abitanti, salvo eccezioni dovute a specifiche esigenze socio-geografiche.
Per quanto concerne le funzioni e i compiti riguardanti le politiche attive per il lavoro, non si esclude la possibilità che le Province, anche attraverso i centri per l'impiego, possano occuparsi dei servizi inerenti.
Nel contesto del processo di territorializzazione dei servizi si suggerisce l'applicazione di una logica concertativa attraverso il coinvolgimento delle parti sociali in specifiche commissioni permanenti tripartite regionali e provinciali.
Una particolare attenzione è stata data in questi ultimi anni alla definizione normativa dei requisiti per l'individuazione dei soggetti autorizzabili a realizzare attività di mediazione tra domanda e offerta di lavoro e delle modalità da seguire per la certificazione delle strutture[7].

[7] Il d.lgs. 469/1997 regola in maniera specifica le procedure per l'ottenimento dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività di mediazione tra domanda e offerta di lavoro. È previsto che il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale possa autorizzare i seguenti soggetti, che abbiano tuttavia come oggetto sociale esclusivo l'attività di mediazione tra domanda e offerta di lavoro: imprese o gruppi di imprese, società cooperative con un capitale versato non inferiore a 200 milioni di lire, enti non commerciali con patrimonio non inferiore a 200 milioni di lire. L'autorizzazione è valida per tre anni e può rinnovarsi per uguali periodi. Per ottenere l'autorizzazione i soggetti sono chiamati a impegni precisi: fornire al servizio pubblico, attraverso collegamento in rete, i dati di cui dispongono, riguardanti la domanda e offerta di lavoro; dare comunicazione all'autorità che concede l'autorizzazione relativamente a spostamenti di sede, aperture di filiali o succursali, termine di attività; dare all'autorità concedente l'autorizzazione tutte le informazioni che questa richiede. I soggetti devono anche possedere specifici requisiti, in particolare: avere uffici idonei e personale con competenze professionali che permettano di fare attività di selezione della manodopera (a questo proposito possono avere avuto anche esperienze di lavoro, minimo biennali, riguardanti gestione, orientamento, selezione e formazione di personale); il corpo dirigenziale deve avere titoli di studio idonei allo svolgimento del compito ed esperienza, almeno triennale, in materia di gestione, selezione e formazione di personale.

L'accreditamento è definito l'«atto con cui l'amministrazione pubblica competente riconosce ad un organismo la possibilità di proporre e realizzare interventi di formazione-orientamento finanziati con risorse pubbliche»[8].

In questo modo si vuole garantire l'esistenza di un sistema basato su standard di qualità e su requisiti oggettivi. Pertanto l'accreditamento riguarda le strutture operative di soggetti pubblici e privati che svolgono attività di orientamento o formazione professionale, con l'ausilio di risorse pubbliche e tenendo conto delle finalità della programmazione regionale[9]. Alle Regioni è attribuita la responsabilità delle procedure di accreditamento, annualmente le stesse sono chiamate anche ad occuparsi della verifica delle condizioni che hanno permesso l'accreditamento iniziale.

Infine, sempre nell'ambito del processo di territorializzazione e di connessione tra livelli, sono state definite le modalità per la costruzione del Sistema informativo lavoro (Sil), per consentire, attraverso l'utilizzo di adeguate risorse hardware, software e di reti, di svolgere al meglio le attività relative al collocamento, alle politiche attive per il lavoro e pertanto all'incontro tra domanda e offerta di lavoro[10].

[8] Vedi l'art. 1 del decreto ministeriale 25 maggio 2001, n. 166 «Disposizioni in materia di accreditamento dei soggetti attuatori nel sistema di formazione professionale». L'art. 2 del decreto ministeriale dà anche le definizioni delle attività di orientamento e formazione: «per attività di orientamento si intendono gli interventi di carattere informativo, formativo, consulenziale, finalizzati a promuovere l'auto-orientamento e a supportare la definizione di percorsi personali di formazione e lavoro e il sostegno all'inserimento occupazionale; per attività di formazione si intendono gli interventi di prequalificazione, qualificazione, riqualificazione, specializzazione, aggiornamento realizzati con sistemi che utilizzano metodologie in presenza e/o a distanza».

[9] L'art. 3, comma 2, del decreto ministeriale sopra citato stabilisce che «le sedi operative devono disporre di risorse gestionali, logistiche ed umane, aver maturato livelli di efficacia ed efficienza in attività pregresse e mantenere interazioni con il sistema sociale e produttivo locale secondo predefiniti standard»; il comma 3 stabilisce che «non sono soggetti all'accreditamento: a) i datori di lavoro, pubblici e privati, che svolgono attività formative per il proprio personale. […]; b) le aziende dove si realizzano attività di stage e tirocinio; c) le strutture che prestano servizi configurabili prevalentemente come azioni di assistenza tecnica».

[10] Il d.lgs. 469/1997, che istituisce il Sistema informativo lavoro, stabilisce che, sul piano nazionale, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, le Regioni, gli enti locali e le strutture autorizzate alla mediazione tra domanda e offerta

I decreti legislativi[11] realizzati immediatamente prima e successivamente dopo la riforma costituzionale del 2001, che ha attribuito maggiori poteri alle Regioni[12], hanno continuato sulla strada della regolamentazione normativa delle caratteristiche del sistema di incontro tra domanda e offerta di lavoro. In particolare sono stati definiti coloro che possono beneficiare di interventi ed è stata data una definizione di «stato di disoccupazione»[13]. I servizi per l'impiego sono chiamati a facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, a far fronte alla disoccupazione e inoccupazione di lunga durata, attraverso interviste periodiche, facendo riferimento in particolare a colloqui di orientamento e a successive proposte per l'inserimento o il reinserimento la-

di lavoro «hanno l'obbligo di connessione e di scambio dei dati tramite il Sil». È compito del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale occuparsi della progettazione e gestione del Sil; le Regioni sono chiamate ad occuparsi della gestione degli impianti tecnologici operativi a livello regionale e locale. L'obiettivo è, da un lato, garantire l'omogeneità a livello nazionale e, dall'altro, permettere l'autonomia nell'organizzazione e gestione dei sistemi collegati a livello regionale e locale.

11 Vedi decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181 e decreto legislativo 19 dicembre 2002, n. 297, sopra citati.

12 Vedi legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», in particolare il nuovo art. 117.

13 I d.lgs. 181/2000 e 297/2002 stabiliscono che «si intendono per: a) adolescenti, i minori di età compresa fra i quindici e diciotto anni, che non siano più soggetti all'obbligo scolastico; b) giovani, i soggetti di età superiore a diciotto anni e fino a venticinque anni compiuti o, se in possesso di un diploma universitario di laurea, fino a ventinove anni compiuti, ovvero la diversa superiore età definita in conformità agli indirizzi dell'Unione europea; c) stato di disoccupazione, la condizione del soggetto privo di lavoro, che sia immediatamente disponibile allo svolgimento e alla ricerca di una attività lavorativa secondo modalità definite con i servizi competenti; d) disoccupati di lunga durata, coloro che, dopo aver perso un posto di lavoro o cessato un'attività di lavoro autonomo, siano alla ricerca di una nuova occupazione da più di dodici mesi o da più di sei mesi se giovani; e) inoccupati di lunga durata, coloro che, senza aver precedentemente svolto un'attività lavorativa, siano alla ricerca di un'occupazione da più di dodici mesi o da più di sei mesi se giovani; f) donne in reinserimento lavorativo, quelle che, già precedentemente occupate, intendano rientrare nel mercato del lavoro dopo almeno due anni di inattività; g) servizi competenti, i centri per l'impiego di cui all'articolo 4, comma 1, lettera *e*) del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469, e gli altri organismi autorizzati o accreditati a svolgere le previste funzioni, in conformità delle norme regionali e delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

vorativo o di formazione e/o riqualificazione professionale, prevedendo i tempi per le diverse categorie di possibili beneficiari.
Le Regioni devono definire gli obiettivi e gli indirizzi operativi per i soggetti con compiti di accertamento e verifica dello stato di disoccupazione. L'obiettivo principale è prevenire la disoccupazione di lunga durata. I centri per l'impiego e gli altri soggetti autorizzati o accreditati in base alla normativa regionale sono chiamati a garantire almeno i seguenti servizi:

- il colloquio di orientamento entro tre mesi dall'inizio dello stato di disoccupazione;
- la proposta di adesione ad iniziative di inserimento lavorativo o di formazione o di riqualificazione professionale o altra misura che favorisca l'integrazione professionale: nei confronti degli adolescenti, dei giovani e delle donne in cerca di reinserimento lavorativo, non oltre quattro mesi dall'inizio dello stato di disoccupazione; nei confronti degli altri soggetti a rischio di disoccupazione di lunga durata, non oltre sei mesi dall'inizio dello stato di disoccupazione.

2.1 Il ruolo delle parti sociali

La normativa prodotta in questi anni è frutto anche degli accordi che governo e parti sociali hanno sottoscritto. In particolare il Patto per l'Italia del 2002[14] prevede di costituire lo Stato sociale per il lavoro (*welfare to work*) che mira a sostenere il cittadino nell'inserimento o reinserimento nel mercato del lavoro. Lo scenario che si prospetta con questo accordo non si discosta di molto da quanto stabilito nei decreti legislativi realizzati nei precedenti anni: i servizi per l'incontro domanda-offerta di lavoro vanno migliorati prevedendo diritti e doveri per i beneficiari: tra questi ci sono il colloquio di orientamento e le proposte di formazione o lavoro in tempi definiti. I servizi competenti sono chiamati a verificare periodicamente l'effettivo stato di disoccupazione involontaria; il beneficiario del sussidio ha il dovere di accettare le proposte formative o di lavoro che gli vengono fatte, pena la perdita dei benefici derivanti dalla sua situazione. È esplicitamente previsto che si realizzino *programmi formativi a frequenza obbligatoria* per coloro che percepiscono l'indennità di disoccupazione, nell'ambito dei piani

[14] Vedi «Patto per l'Italia – Contratto per il Lavoro – Intesa per la competitività e l'inclusione sociale», sottoscritto da governo e parti sociali (ad esclusione della Cgil) il 5 luglio 2002.

individuali definiti con i servizi per l'impiego, con certificazione finale del percorso realizzato. È confermata la volontà di favorire anche i soggetti privati e del privato sociale, chiamati a erogare diversi servizi per favorire l'incontro domanda-offerta: possono infatti selezionare, formare, ricollocare, gestire il lavoro interinale. Per consentire il reinserimento nel mercato del lavoro nel Patto si punta quindi su forme di «tutela attiva», non limitandosi al sostegno al reddito ma prevedendo nelle fasi di disoccupazione involontaria l'orientamento e la formazione professionale. Torna pertanto al centro l'orientamento collegato a formazione e lavoro.
Il recente Protocollo sul welfare del luglio 2007[15], relativamente alla auspicata riforma degli ammortizzatori sociali, non si discosta dal quadro precedentemente definito. I servizi per l'impiego sono chiamati a realizzare politiche attive per il lavoro; necessariamente formazione, aggiornamento e riqualificazione devono essere al centro del sistema; il sostegno economico deve essere collegato alla partecipazione a programmi di reinserimento al lavoro. Si vuole quindi realizzare quel «*welfare to work*» già previsto nel Patto per l'Italia, auspicando che i servizi per l'impiego e coloro che cercano lavoro stipulino «patti di servizio», prevedendo la perdita del sussidio in caso di immotivata non partecipazione a programmi per il reinserimento o rifiuto di congrue offerte di lavoro.
L'accordo auspica, da un lato, il potenziamento dei servizi pubblici, tant'è che questi sono coloro ai quali in esclusiva viene attribuito il compito di certificare la condizione di disoccupazione: dall'altro, considera favorevolmente anche la presenza di soggetti privati, anche non-profit. Si auspica una verifica a livello territoriale dei risultati raggiunti dall'applicazione di diversi modelli di intervento e soprattutto è ritenuto centrale migliorare i collegamenti territoriali tra servizi per l'impiego e strutture preposte alla programmazione formativa. Tra i due suddetti accordi tra governo e parti sociali del 2002 e del 2007 è stata realizzata la nuova normativa di regolazione del mercato del lavoro[16].
In questo contesto l'orientamento professionale è una attività che i soggetti dell'intermediazione sono chiamati a fare[17].

[15] Vedi «Protocollo su previdenza, lavoro e competitività per l'equità e la crescita sostenibili», sottoscritto da governo e parti sociali il 23 luglio 2007.

[16] Vedi legge 14 febbraio 2003, n. 30 «Delega al governo in materia di occupazione e mercato del lavoro» e decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 «Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30».

[17] L'art. 2, comma 1, lettera *b*) del d.lgs. 276/2003 dà la seguente definizione di

Nel definire e regolamentare i tirocini estivi di orientamento, che riguardano gli adolescenti e i giovani nei periodi di vacanza in estate, si riprendono i contenuti che la legge 196 del 1997 (Pacchetto Treu) dedica ai tirocini formativi e di orientamento, che consentono, attraverso esperienze pratiche e stage, di venire a contatto diretto con il mondo del lavoro, facilitando le scelte professionali in un quadro di alternanza tra studio e lavoro. È previsto che le iniziative possano essere promosse, anche su proposta di enti bilaterali e organizzazioni sindacali, da parte di strutture pubbliche o a partecipazione pubblica e strutture private senza scopo di lucro[18]. Le attività sono realizzabili sulla base di progetti di orientamento e formazione, con priorità per quelli che tengono conto dei programmi operativi quadro regionali e del parere delle organizzazioni sindacali. I tirocini, realizzabili sulla base di una convenzione con datori di lavoro pubblici o privati, possono avere una durata massima di 12 mesi (24 per i portatori di handicap) e devono realizzarsi con la presenza di un tutor responsabile didattico-organizzativo; la partecipazione alle attività di stage e tirocinio pratico dà diritto al conseguimento di crediti formativi che, certificati, possono essere utilizzati per prendere una occupazione lavorativa[19]. Per-

«intermediazione»: «l'attività di mediazione tra domanda e offerta di lavoro, anche in relazione all'inserimento lavorativo dei disabili e dei gruppi di lavoratori svantaggiati, comprensiva tra l'altro: della raccolta dei curricula dei potenziali lavoratori; della preselezione e costituzione di relativa banca dati; della promozione e gestione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro; della effettuazione, su richiesta del committente, di tutte le comunicazioni conseguenti alle assunzioni avvenute a seguito della attività di intermediazione; dell'orientamento professionale; della progettazione ed erogazione di attività formative finalizzate all'inserimento lavorativo».

18 L'art. 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196 «Norme in materia di promozione dell'occupazione» prevede «in particolare: agenzie regionali per l'impiego e uffici periferici del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale; università; provveditorati agli studi; istituzioni scolastiche statali e istituzioni scolastiche non statali che rilascino titoli di studio con valore legale; centri pubblici di formazione e/o orientamento, ovvero a partecipazione pubblica o operanti in regime di convenzione […]; comunità terapeutiche, enti ausiliari e cooperative sociali, purché iscritti negli specifici albi regionali, ove esistenti; servizi di inserimento lavorativo per disabili gestiti da enti pubblici delegati dalla Regione».

19 Il d.lgs. 276/2003 riprende anche l'art. 17 della legge 196/1997 in materia di riordino della formazione professionale in cui si evidenzia l'importanza degli stage formativi per il contatto e raccordo con il mondo del lavoro e per la loro funzione di orientamento professionale.

tanto anche la recente normativa in materia di mercato del lavoro si inserisce nel quadro che si è definito almeno in questi ultimi dieci anni, a prescindere dall'orientamento politico delle istituzioni che hanno regolamentato il sistema per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. L'inserimento o il reinserimento al lavoro è possibile sulla base di attività propedeutiche che coinvolgono diversi soggetti e implicano compiti specifici e soprattutto diritti e doveri delle istituzioni pubbliche, ma anche di soggetti privati, e dei beneficiari finali degli interventi che, se da un lato hanno il diritto a pretendere aiuto, dall'altro sono chiamati a responsabilizzarsi e a impegnarsi attivamente quando gli è offerto.
L'orientamento professionale, che è necessariamente anche orientamento alla crescita di conoscenze e competenze, è pertanto parte integrante di un processo più ampio, che può riguardare giovani e meno giovani, donne e uomini, disoccupati e inoccupati, che deve portarsi a compimento in ultimo con il conseguimento di un lavoro di maggiore qualità.
In quest'ottica l'incontro domanda-offerta di lavoro avviene su un piano che, se da un lato vuole valorizzare la dimensione individuale, dall'altro tiene conto delle esigenze collettive, facendo opera di mediazione tra interessi particolari e generali.

3. Il sistema regionale italiano di istruzione e formazione professionale

Con la riforma del titolo V della Costituzione italiana del 2001[20] si ha il trasferimento di competenze legislative in materia di istruzione e formazione professionale dallo Stato centrale alle Regioni/Province autonome. Queste ultime pertanto sono chiamate a dotarsi della normativa con cui regolare la materia a livello territoriale, pur muovendosi all'interno di una cornice nazionale di riferimento.
Per avere un quadro della situazione precedente alla riforma del titolo V della Costituzione, si fanno alcuni cenni al processo portato avanti nella seconda metà degli anni '90 con la Riforma Bassanini della pubblica amministrazione[21]. Come accade con il decreto legislativo n. 112

[20] Vedi legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione».

[21] Il processo di decentramento territoriale di competenze ha sul piano normativo precisi riferimenti negli anni '90: la legge 142/1990 (legge 8 giugno 1990, n. 142 «Ordinamento delle autonomie locali»), la legge 59/1997 (legge 15 marzo 1997, n.

del 1998[22] si attribuiscono funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali, in base alla legge 59 del 1997[23]. Questo decreto legislativo dedica due capitoli rispettivamente all'istruzione scolastica (cap. III) e alla formazione professionale (cap. IV). Per quanto riguarda l'istruzione scolastica, sono definite le funzioni amministrative delegate alle Regioni, riguardanti l'offerta formativa integrata di istruzione e formazione professionale e le istituzioni scolastiche[24].

Per quanto concerne la formazione professionale[25], il decreto legislati-

59 «Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa») con i decreti legislativi attuativi 469/1997 (decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469 «Conferimento alle Regioni e agli enti locali di funzioni e compiti in materia di mercato del lavoro, a norma dell'articolo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59») e 112/1998 (decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59»). In particolare la legge n. 59 del 1997 (legge Bassanini) stabilisce principi e concetti di carattere generale che con i decreti attuativi trovano esplicitazione. Il decreto legislativo n. 469 del 1997 attribuisce alle Regioni e agli enti locali competenze in materia di politiche per l'impiego. L'obiettivo è quello dell'articolazione di centri per l'impiego gestiti dalle Province, capaci di erogare servizi, che devono andare dall'orientamento al collocamento, in grado di integrare politiche per il lavoro e quelle formative e per l'istruzione. Il decreto legislativo n. 112 del 1998 specifica in maniera dettagliata funzioni e compiti amministrativi attribuiti a Regioni, Province e Comuni.

22 Citato in nota 21.

23 Citata in nota 21.

24 L'art. 138 del decreto legislativo n. 112 del 1998 stabilisce che «sono delegate alle Regioni le seguenti funzioni amministrative: a) la programmazione dell'offerta formativa integrata tra istruzione e formazione professionale; b) la programmazione, sul piano regionale, nei limiti delle disponibilità di risorse umane e finanziarie, della rete scolastica, sulla base dei piani provinciali, assicurando il coordinamento con la programmazione di cui alla lettera a); c) la suddivisione, sulla base anche delle proposte degli enti locali interessati, del territorio regionale in ambiti funzionali al miglioramento dell'offerta formativa; d) la determinazione del calendario scolastico; e) i contributi alle scuole non statali; f) le iniziative e le attività di promozione relative all'ambito delle funzioni conferite».

25 L'art. 141 del decreto legislativo n. 112 del 1998 stabilisce che «per "formazione professionale" si intende il complesso degli interventi volti al primo inserimento, compresa la formazione tecnico-professionale superiore, al perfezionamento, alla riqualificazione e all'orientamento professionali, ossia con una valenza prevalentemente operativa, per qualsiasi attività di lavoro e per qualsiasi

vo esplicita le competenze dello Stato in materia in base all'art. 3, comma 1, lett. *a*) della legge n. 59 del 1997, tra queste ricordiamo i rapporti e gli obblighi definiti a livello internazionale ed europeo sulla formazione professionale e la definizione degli standard delle qualifiche professionali e dei requisiti minimi in materia di accreditamento dei soggetti formativi[26].

Lo Stato, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, ha anche altre competenze, tra le quali quelle in merito alla «definizione degli obiettivi generali del sistema complessivo della formazione professionale in relazione alle politiche comunitarie e quelle relative alla definizione, in sede di Conferenza unificata, […] dei programmi operativi multiregionali di formazione professionale di rilevanza strategica per lo sviluppo del paese»[27]. Pertanto il decreto legislativo attribuisce alle Regioni in materia di formazione professionale tutti i compiti e le funzioni non esplicitamente attribuite allo Stato. Le Regioni per permettere l'integrazione tra politiche formative e del lavoro delegano alle Province i compiti assegnatigli sulla formazione professionale.

La Conferenza Stato-Regioni è chiamata a definire le azioni per l'armonizzazione degli obiettivi nazionali e regionali.

Con la riforma del titolo V della Costituzione del 2001[28] si dà continuità e conferma costituzionale ad un processo che, come detto sopra, ha avuto inizio negli anni '90 sul piano amministrativo, e che porta così le Regioni ad avere autonomia normativa su molteplici

finalità, compresa la formazione impartita dagli istituti professionali, nel cui ambito non funzionano corsi di studio di durata quinquennale per il conseguimento del diploma di istruzione secondaria superiore, la formazione continua, permanente e ricorrente e quella conseguente a riconversione di attività produttive. Detti interventi riguardano tutte le attività formative volte al conseguimento di una qualifica, di un diploma di qualifica superiore o di un credito formativo, anche in situazioni di alternanza formazione-lavoro. Tali interventi non consentono il conseguimento di un titolo di studio o di diploma di istruzione secondaria superiore, universitaria o postuniversitaria se non nei casi e con i presupposti previsti dalla legislazione dello Stato o comunitaria, ma sono comunque certificabili ai fini del conseguimento di tali titoli».

[26] Per il quadro complessivo delle materie su cui lo Stato conserva funzioni e compiti amministrativi si veda l'art. 142, comma 1, del decreto legislativo n. 112 del 1998.

[27] Per il quadro completo dei compiti e delle funzioni si veda l'art. 142, comma 2, del decreto legislativo n. 112 del 1998.

[28] Vedi legge costituzionale sopra citata.

materie, anche sull'istruzione e formazione e sulle politiche per il lavoro.
Nel nuovo quadro costituzionale ci sono esplicite materie su cui lo Stato ha competenza esclusiva, altre su cui espressamente c'è competenza concorrente Stato-Regioni, mentre su tutto ciò che invece non è esplicitato e attribuito al livello istituzionale superiore ci sono le competenze in esclusiva delle Regioni.
Pertanto il processo di decentramento è evidente nel criterio di ripartizione delle competenze legislative. Rispetto al passato la clausola residuale è a favore delle Regioni che hanno potestà legislativa esclusiva[29]. Sul piano amministrativo invece le competenze spettano ai Comuni a meno che le istituzioni superiori, dalla Provincia fino allo Stato, non debbano, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, realizzare attività che necessitano di un'azione organicamente unitaria. Si mette in atto pertanto il principio di sussidiarietà verticale che vuole il coinvolgimento diretto delle istituzioni più vicine ai cittadini ma anche quello di sussidiarietà orizzontale in quanto i cittadini, singoli o associati, sono chiamati a svolgere attività di interesse generale[30]. In questo contesto le Regioni Emilia-Romagna e Campania possono essere assunte a quadro paradigmatico del processo avvenuto in questi ultimi anni e in particolare di fronte alla necessità di integrazione di diverse risorse e strumenti messi in campo per il raggiungimento di risultati di efficacia per i territori.
Rispetto alle due Regioni citate sono prese in considerazione e analizzate le leggi regionali in materia di istruzione e formazione e i contenuti dei programmi operativi regionali Fse riguardanti la nuova programmazione comunitaria 2007-2013.
Queste sono due Regioni in cui sono stati sottoscritti documenti di accordo tra istituzioni territoriali e parti sociali per una pianificazione condivisa e concertata delle risorse per la formazione continua, di de-

[29] Prima della riforma del titolo V il sistema costituzionale era esplicitamente gerarchico, l'art. 114 della Costituzione stabiliva che «la Repubblica si riparte in Regioni, Province, Comuni», escludendo lo Stato che non poteva essere posto alla pari degli altri enti ma al disopra di essi. Il nuovo art. 114 del nuovo titolo V stabilisce invece che «la Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato», ponendo quindi, contrariamente al passato, lo Stato sullo stesso piano delle altre istituzioni territoriali, quali soggetti che compongono la Repubblica.
[30] A questo proposito si veda il comma 4 dell'art. 118 della Costituzione modificato dalla legge costituzionale sopra citata.

rivazione pubblica (nazionale e regionale) e privata (fondi paritetici interprofessionali). Di questi accordi si analizzano i contenuti anche al fine di una comprensione delle motivazioni di fondo che rendono necessarie intese che vadano in direzione di un uso più produttivo delle risorse per l'innovazione e lo sviluppo dei territori regionali.

3.1 L'Emilia-Romagna

La legge regionale per l'integrazione e il rafforzamento del sistema di istruzione e formazione professionale

La legge regionale n. 12 del 2003[31] punta all'articolazione di un sistema di formazione professionale e di istruzione integrato in modo da realizzare la crescita non solo strettamente legata alle competenze lavorative ma anche culturali in senso più ampio. In questo contesto pertanto la Regione e le Province sono chiamate ad un impegno nei confronti del cittadino, favorendo l'integrazione tra forme di apprendimento teorico e pratico, mettendo in atto i principi di pari opportunità e di integrazione e inclusione sociale. In maniera specifica per gli immigrati stranieri è stabilito che siano garantiti gli stessi diritti dei cittadini italiani, pertanto è previsto che la Regione promuova l'adeguamento dell'offerta di formazione in relazione alle loro esigenze, negli aspetti organizzativi, metodologici e di contenuto, facendo ricorso anche ad attività di mediazione culturale. Il sistema formativo che si vuole strutturare deve tendere a fare in modo che si abbiano nel corso della vita opportunità ricorrenti che consentano una crescita in divenire delle competenze personali, culturali, lavorative, in modo che ciascuno possa impiegarle e trasferirle in settori e ambiti diversi.

Si intendono costruire le modalità per consentire il riconoscimento delle competenze e il passaggio dal sistema dell'istruzione a quello della formazione professionale e viceversa. Si riconosce pertanto il diritto di ciascuno al riconoscimento e certificazione delle competenze comunque acquisite. Tenendo conto di quanto viene elaborato in sede comunitaria, con il riconoscimento e la certificazione si vuole consentire l'acquisizione di un diploma, una qualifica professionale o altro titolo riconosciuto. Per realizzare un quadro di procedure condiviso,

[31] Vedi legge regionale 30 giugno 2003, n. 12 «Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro».

si intende coinvolgere parti sociali e soggetti del sistema formativo con l'obiettivo anche di permettere, a chi ha acquisito competenze attraverso l'esperienza di lavoro, di ottenere crediti per la formazione. Sono i soggetti accreditati a fare formazione professionale che sono chiamati a riconoscere e certificare, comunicando al sistema informativo regionale quanto realizzato, per la costruzione del repertorio regionale. Seguendo questa logica viene istituito il libretto formativo personale che consente la registrazione a chiunque di tutto il percorso di crescita che porta avanti nel corso della sua vita: a questo proposito già gli studenti, dopo aver conseguito il titolo di obbligo scolastico, possono far richiesta del libretto in cui si registrano titoli, qualifiche e certificazioni di competenza[32].

Per quanto concerne le metodologie didattiche, si punta, anche in considerazione delle caratteristiche e dell'eterogeneità dei possibili utenti, su modalità integrate, teoriche, pratiche, simulative, con presenza alternata sui posti di lavoro e con tirocini. Si evidenzia il carattere didattico e orientativo delle esperienze di alternanza scuola-lavoro, non essendo queste riconducibili a esperienze di lavoro ma esclusivamente a forme di conoscenza del mondo lavorativo per favorire l'inserimento professionale, giustificando e legittimando così in questo modo l'attendibilità di queste esperienze soltanto se fatte in contesti lavorativi capaci di essere soggetti formativi adeguati. Per questa ragione la Regione, con l'ausilio delle parti sociali, è chiamata a definire i requisiti che devono avere le imprese, gli enti pubblici e privati e le aziende pubbliche per essere ritenuti idonei alla partecipazione ai processi formativi[33]. I soggetti idonei, dopo aver informato le organizzazioni sindacali, devono stabilire accordi con strutture scolastiche, università e soggetti della formazione professionale accreditati.

Una importante funzione che Regioni ed enti locali sono chiamati a sostenere è l'orientamento attraverso le strutture formative accredita-

[32] L'art. 6 della legge regionale sopra citata prevede che «nel libretto possono essere iscritti anche gli attestati di frequenza in esito a percorsi dell'educazione non formale, le competenze e i crediti formativi comunque acquisiti e documentati, nonché dichiarazioni di autoformazione».

[33] L'art. 10 della legge regionale sopra citata stabilisce che «tali requisiti sono riferiti in particolare all'adeguatezza tecnicoproduttiva e organizzativa, alla capacità di trasferire conoscenze e abilità ai fini di valorizzare le risorse umane, alla disponibilità di personale con funzioni specifiche di supporto all'apprendimento, nonché alla sottoscrizione dei contratti collettivi nazionali di lavoro e di eventuali contratti integrativi».

te, coinvolgendo le famiglie, per favorire scelte consapevoli a studenti e persone più adulte[34].

Le attività di formazione professionale, che il servizio pubblico regionale deve garantire in relazione all'effettività del diritto al lavoro, sono da erogare sulla base di principi che ne orientano la fattibilità: l'occupabilità, l'adattabilità, l'imprenditorialità[35]. La formazione professionale è strettamente collegata alla possibilità di sviluppo economico e innovazione territoriale. Sono individuate le seguenti tipologie di attività di formazione professionale:

- formazione iniziale, riguardante giovani che devono assolvere l'obbligo formativo. Attraverso esperienze orientative e professionalizzanti si porta il giovane a conseguire una qualifica professionale;
- formazione iniziale per adulti, per l'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro;
- formazione superiore, riguardante chi ha un titolo di istruzione superiore. Attraverso esperienze professionalizzanti si porta l'interessato a conseguire una qualifica superiore;
- formazione continua, riguardante tutte le persone occupate, anche i lavoratori autonomi, per far fronte ai cambiamenti dei sistemi produttivi e organizzativi;
- formazione permanente, riguardante tutte le persone a prescindere dalla loro situazione legata al lavoro. Attraverso esperienze professionalizzanti, per migliorare le possibilità occupazionali.

[34] L'art. 11 della legge regionale sopra citata prevede che «la funzione di orientamento si esplica: a) nell'educazione alla scelta, che consiste in attività finalizzate a favorire la comprensione e l'espressione di interessi, attitudini e inclinazioni degli studenti, nel contesto dei percorsi di istruzione e di formazione, a partire dalla scuola secondaria di primo grado; b) nell'educazione alle opportunità professionali, che consiste in attività finalizzate alla conoscenza, anche diretta, del mondo del lavoro».

[35] L'art. 28 comma 1 della legge regionale sopra citata stabilisce a proposito di formazione professionale che «è il servizio pubblico che predispone e attua sul territorio regionale un'offerta diversificata di opportunità formative professionalizzanti, al fine di rendere effettivo il diritto al lavoro e lo sviluppo professionale. Tale servizio è ispirato ai criteri dell'occupabilità, intesa come concreta possibilità di inserimento lavorativo in esito alla formazione; dell'adattabilità intesa come capacità delle imprese e dei lavoratori di adeguarsi a nuovi processi produttivi o a nuove attività lavorative; dell'imprenditorialità, intesa come capacità di attivazione e gestione autonoma di iniziative imprenditoriali».

La programmazione regionale della formazione professionale spetta alle Regioni e alle Province, sulla base dei fabbisogni rilevati sul territorio anche attraverso gli enti bilaterali. L'attenzione è verso quelle figure professionali legate a settori che consentano innovazione e sviluppo. In relazione alla formazione continua la realizzazione del programma formativo deve avvenire in raccordo con le attività realizzate, in base alla normativa, da altri soggetti, in particolare dai fondi paritetici interprofessionali.

È compito della giunta regionale l'approvazione di:

- standard formativi e organizzativi;
- profili formativi;
- qualifiche professionali;
- criteri, modalità e procedure per riconoscere e certificare le competenze e per inserirle nel repertorio regionale;
- criteri e modalità da seguire per costituire le commissioni di esame per ottenere qualifiche e certificazioni di competenze;
- criteri e modalità per ottenere autorizzazioni e rilascio di certificazioni;
- criteri per gestire il finanziamento delle attività.

Spetta alla giunta regionale la definizione dei criteri e requisiti, a partire dai livelli base nazionali, per l'accreditamento dei soggetti della formazione professionale.

Nell'ambito del proprio programma la Regione sostiene interventi per: l'adeguamento delle strutture accreditate; la formazione degli operatori; l'innovazione didattica e metodologica; l'adeguamento delle strutture edilizie per la formazione.

In relazione ai temi dell'innovazione e dello sviluppo è previsto che la Regione possa istituire apposite scuole specializzate che formino specifici profili professionali. L'obiettivo è l'articolazione di poli specializzati integrati alle strutture formative del territorio[36]. Infine è bene ricordare la formazione per il riassetto della pubblica amministrazione, in relazione ai bisogni del territorio e per il miglioramento della qualità

[36] L'art. 37 comma 1 della legge regionale sopra citata afferma: «la Regione può istituire scuole specializzate per specifici ambiti, strategici per l'economia o per la tutela del territorio, ovvero per l'elevata innovazione che caratterizza determinati profili professionali, al fine di garantire alti livelli di qualificazione, la ricerca e lo sviluppo di contenuti formativi, innovative metodologie didattiche, nonché di rendere disponibili strumentazioni specializzate. Dette scuole costituiscono poli specializzati, che si integrano con l'offerta formativa del territorio […]».

dei servizi. Gli indirizzi regionali si muovono in direzione di una formazione che supporti e sia collegata ai processi di decentramento, di semplificazione amministrativa e di flessibilità organizzativa, di adeguamento dei sistemi di comunicazione e di coinvolgimento dei cittadini.

L'adattabilità e il rafforzamento del capitale umano nel Programma operativo regionale Fse 2007-2013

Il Por della Regione Emilia-Romagna[37] nello specificare cosa realizzare con la nuova programmazione 2007-2013 in relazione all'Asse *Adattabilità*, tra le priorità esplicitate in diversi obiettivi specifici, sostiene anche l'importanza di coniugare formazione continua e innovazione tecnologica e organizzativa, favorendo nelle imprese la crescita di professionalità[38]. Quello che si ritiene prioritario è accompagnare gli

[37] Vedi Fondo sociale europeo 2007-2013, Obiettivo «Competitività regionale e occupazione», Programma operativo Regione Emilia-Romagna.

[38] Nel Por per l'Asse *Adattabilità* ci sono i seguenti Obiettivi specifici: «sviluppare sistemi di formazione continua e sostenere l'adattabilità dei lavoratori; favorire l'innovazione e la produttività attraverso una migliore organizzazione e qualità del lavoro; sviluppare politiche e servizi per l'anticipazione e gestione dei cambiamenti; promuovere la competitività e l'imprenditorialità». A questi Obiettivi specifici si collegano i seguenti Obiettivi operativi: «orientare le iniziative di formazione continua verso temi chiave per l'innovazione tecnologica e organizzativa del tessuto produttivo regionale e locale, indirizzandole in particolare allo sviluppo nelle imprese di competenze e di figure professionali capaci di gestire e implementare i risultati della ricerca e le attività di trasferimento tecnologico; rafforzare e diversificare gli interventi di formazione continua nel settore privato, con priorità alle Pmi, ai lavoratori e lavoratrici anziane e a quelli con bassa qualificazione, al fine di facilitare la loro permanenza nel mercato del lavoro; sviluppare interventi rivolti alle persone occupate con rapporti di lavoro non subordinati al fine di favorirne la stabilizzazione occupazionale e professionale; favorire le pari opportunità a tutte le imprese e categorie di lavoratori, sviluppando in particolare azioni specifiche mirate a favorire la permanenza nel mercato del lavoro, lo sviluppo di carriera delle donne e la conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro; sviluppare un sistema integrato di sicurezza e qualità del lavoro attraverso il sostegno al diritto-dovere alla sicurezza e alla salute nei luoghi di lavoro; sostenere l'adattabilità nelle organizzazioni del lavoro finalizzata alla modernizzazione delle imprese e delle filiere produttive; accompagnare i percorsi di innovazione nei processi produttivi e nelle strategie di mercato delle imprese, elementi chiave per accrescere la competitività del sistema economico regionale, in particolare attraverso interventi per accrescere le competenze delle

interventi strutturali sul sistema di produzione con quelli formativi che permettano l'adattabilità di lavoratori e imprese, estendendo l'intervento e coinvolgendo coloro che hanno un basso livello di scolarizzazione ma anche manager e soggetti con specifici compiti di responsabilità nelle aziende, oltre che le donne, per far fronte alla necessità di una loro maggiore partecipazione lavorativa. Le azioni formative devono essere strettamente collegate alle esigenze del mondo del lavoro e seguire una logica di personalizzazione e differenziazione dell'offerta, con una specifica attenzione alle fasce di lavoratori precari, che poco hanno beneficiato di aiuti formativi, anticipando le esigenze nei settori e/o filiere innovative che possono costituire il traino per l'economia territoriale e intervenendo nelle imprese a favore di coloro che hanno compiti chiave. Di fronte ai diversi canali finanziari disponibili per la formazione continua la Regione si impegna per una programmazione integrata e per un uso quindi efficace delle risorse complessive, in particolare guardando a ciò che fanno i Fondi interprofessionali e all'utilizzo di quanto dal livello nazionale viene messo a disposizione con la legge 236/1993. Rispetto ai Fondi interprofessionali, per evitare sovrapposizioni nelle attività, la Regione si impegna a fare accordi con le parti sociali, chiamate a gestirli, sugli interventi da realizzare, i lavoratori e imprese da coinvolgere.

Con l'Asse *Capitale umano* si vogliono portare avanti tutta una serie di attività che contribuiscano a realizzare la società della conoscenza[39].

figure decisionali delle imprese, in coerenza con le finalità e le priorità individuate all'interno del Patto per la qualità dello sviluppo, la competitività, la sostenibilità ambientale e la coesione sociale in Emilia-Romagna; prevenire le situazioni di crisi e ristrutturazione aziendale e settoriale e garantire la ricollocazione delle persone espulse o in procinto di essere espulse».

[39] Nel Por per l'Asse *Capitale umano* ci sono i seguenti Obiettivi specifici: «elaborazione e introduzione delle riforme dei sistemi di istruzione, formazione e lavoro per migliorarne l'integrazione e sviluppare l'occupabilità, con particolare attenzione all'orientamento; aumentare la partecipazione alle opportunità formative lungo tutto l'arco della vita e innalzare i livelli di apprendimento e conoscenza; creazione di reti tra università, centri tecnologici di ricerca, mondo produttivo e istituzionale con particolare attenzione alla promozione della ricerca e dell'innovazione». A questi obiettivi specifici si collegano i seguenti Obiettivi operativi: «assicurare standard di qualità nell'offerta di politiche attive del lavoro, in particolare nel sistema formativo, proseguendo l'elaborazione e la sperimentazione nell'accreditamento dell'offerta, nella progettazione di standard formativi, nella certificazione dei percorsi e delle competenze conseguite dall'utenza, nell'in-

Pertanto si vuole rafforzare il sistema di apprendimento lungo tutto l'arco della vita, rendere più efficace l'offerta di formazione facendo in modo che vada in direzione della crescita dei settori innovativi e a carattere tecnologico e del rafforzamento della rete tra soggetti pubblici e privati. Per andare in questa direzione si intendono investire risorse per realizzare legami strategici tra organismi formativi, università, strutture della ricerca e imprese innovatrici. Per avere un'offerta di maggiore qualità si intende migliorare i sistemi di accreditamento e per avere risultati più efficaci creare un sistema delle qualifiche, definire standard formativi, innovare i profili professionali, certificare le competenze. Per andare in direzione di una responsabilizzazione dei beneficiari sono previsti sostegni a coloro che fanno progetti di impresa e di ricerca o per conseguire dottorati, anche presso aziende, e per tutte quelle attività che contribuiscano allo sviluppo di settori innovativi e tecnologici, anche nel settore ambientale.

L'Accordo regionale con le parti sociali per l'uso integrato delle risorse per la formazione continua

In alcune Regioni italiane sono stati sottoscritti accordi tra istituzioni territoriali e parti sociali per una utilizzazione più efficace, sulla base di un approccio integrato e condiviso, delle diverse fonti finanziarie per la formazione continua[40]. A sostegno di questi accordi nell'aprile del 2007 ne è stato sottoscritto uno a livello nazionale tra Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Regioni, Province autonome e parti sociali[41] che sottolinea l'importanza della realizzazione di una programmazione integrata, unitaria e complementare delle diverse fonti di finanziamento impiegate per la formazione continua, in particolare a seguito della costituzione e operatività dei Fondi interprofessionali[42].

novazione nei profili e nelle competenze degli operatori della formazione; potenziare, attraverso azioni di sistema, le capacità di programmazione e intervento dei soggetti competenti per lo sviluppo del sistema di *lifelong learning*; rafforzare le reti tra imprese, istituzioni scolastiche, istituti di istruzione superiore, centri di ricerca finalizzate a generare impatti positivi su aree legate allo sviluppo economico e del territorio, in particolare sostenendo lo *start up* di attività collegate alla ricerca e all'innovazione nell'ambito di settori strategici della Regione Emilia-Romagna».

40 Gli accordi sottoscritti riguardano al momento Emilia-Romagna, Campania, Veneto e Toscana.

41 Vedi «Accordo tra Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Regioni – Province autonome, Parti sociali», del 17 aprile 2007.

42 Si ricorda in estrema sintesi che in base all'art. 118 della legge 388/2000 (legge

In Emilia-Romagna già nel 2004, con la sottoscrizione del «Patto per la qualità dello sviluppo, la competitività, la sostenibilità ambientale e la coesione sociale»[43], tra giunta regionale, enti locali, parti sociali e sistema camerale, si coniuga formazione continua, sviluppo e competitività delle imprese e su queste basi si costituisce un tavolo riguardante Regione e Fondi interprofessionali per coordinare le attività ed evitare sovrapposizioni. Come si è scritto sopra, anche il Programma operativo regionale Fse 2007-2013 ritiene fondamentale l'uso integrato e complementare delle risorse per la formazione continua. Le Linee di programmazione e indirizzi per il sistema formativo e per il lavoro 2007-2010 puntano anch'esse su coordinamento e integrazione delle risorse per la crescita delle competenze dei cittadini, dei lavoratori e delle imprese, attraverso l'educazione degli adulti, la formazione permanente e la formazione continua, in funzione dello sviluppo regionale complessivo, utilizzando in maniera sinergica le diverse risorse economiche disponibili (europee, ministeriali, nazionali, regionali, dei fondi interprofessionali). L'Accordo tra Regione e Province per coordinare la programmazione 2007-2010 del sistema formativo e per il lavoro evidenzia l'importanza di una complementarità di attività con quella dei Fondi interprofessionali per la formazione continua.
Su queste basi si è sottoscritto il recente Accordo tra Regione e parti sociali[44], per consentire di realizzare al meglio l'articolazione di un sistema regionale di offerta di formazione attraverso l'utilizzo di diverse fonti finanziarie:

- fondi strutturali europei (Fse e Fesr);
- fondi nazionali (legge 236/1993 e legge 53/2000);

n. 388 del 23 dicembre 2000 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriannuale dello Stato – Legge finanziaria 2001») si possono istituire i Fondi paritetici interprofessionali nazionali per la formazione continua, gestiti dalle parti sociali, con cui finanziare piani formativi. Questa norma prevede la possibilità dell'articolazione regionale o territoriale dei Fondi. Successivamente, a integrazione, l'art. 48 della legge 289/2002 (legge n. 289 del 27 dicembre 2002 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriannuale dello Stato – Legge finanziaria 2003»), per favorire la complementarità delle attività tra Fondi e Regioni, stabilisce che i progetti formativi finanziati dai primi vengano trasmessi alle seconde allo scopo di consentire una programmazione formativa più efficace.

[43] Vedi «Patto per la qualità dello sviluppo, la competitività, la sostenibilità ambientale e la coesione sociale in Emilia-Romagna», Bologna, 18 febbraio 2004.

[44] Vedi «Accordo tra Regione Emilia-Romagna e Parti sociali», Bologna, 24 gennaio 2008.

- fondi regionali;
- fondi interprofessionali.

L'accordo prevede l'impegno alla costituzione di un «Tavolo regionale per la formazione continua» a cui partecipino i firmatari dell'accordo stesso e i rappresentanti delle amministrazioni provinciali. Il Tavolo ha il compito di individuare le variabili necessarie per fare il quadro della situazione dell'offerta della formazione continua regionale, da contenere in report periodici. Sulla base dei report il Tavolo sarà in grado di individuare e proporre le modalità da seguire per la programmazione formativa. In particolare guarderà: alle modalità di integrazione delle risorse finanziarie su destinatari, obiettivi e tipologie di attività; alle questioni centrali su cui concentrare l'attenzione e l'impegno integrato. È previsto che il Tavolo si impegni per il rafforzamento di un sistema di azioni qualificato, a partire dal Sistema regionale delle qualifiche e dal Sistema regionale di formalizzazione e certificazione, per consentire la certificazione delle competenze acquisite attraverso esperienze diverse. Puntando infine sulla valorizzazione della prassi dei piani formativi aziendali, interaziendali, settoriali e territoriali, si vuole con il Tavolo fare in modo che la formazione continua risponda sempre più a criteri di qualificazione ed efficacia.

3.2 La Campania

La legge regionale per l'integrazione e il rafforzamento del sistema di istruzione e formazione professionale

La legge regionale n. 4 del 2005[45] parte dal presupposto che la crescita territoriale possa avvenire attraverso la valorizzazione del sistema scolastico e formativo. Per questo l'impegno deve essere nella direzione della riduzione delle cause economiche, sociali e culturali che ne limitano la partecipazione, adoperandosi per garantire il diritto allo studio e l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita. La logica che sottende l'impegno è quella dell'integrazione dei percorsi scolastici educativi e formativi. In questo contesto le azioni devono essere dirette verso coloro che hanno bassi livelli di scolarità e nella direzione della lotta all'abbandono scolastico e formativo, facendo ricorso anche a personalizzazioni degli interventi. Per dare effettivo seguito

[45] Vedi legge regionale 1 febbraio 2005, n. 4 «Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione».

all'impegno si auspicano anche sostegni economici diretti per le famiglie con redditi bassi. Inoltre ci si vuole muovere in direzione della qualificazione dell'offerta formativa ed educativa per favorire la crescita della «cittadinanza attiva e della cultura della legalità, della pace, del rispetto della dignità e dei diritti umani». Anche per questo si punta alla valorizzazione dell'educazione permanente degli adulti integrandola alla scuola e al resto del sistema formativo. Tra i progetti che la legge prevede di realizzare ci sono i seguenti:

- attività di educazione per gli adulti in integrazione con istruzione, formazione professionale e università;
- impiego di tecnologie multimediali e informatiche nell'insegnamento;
- integrazione tra attività dei servizi sociali e quelle dei sistemi formativi e dell'istruzione;
- rimotivazione alla formazione di giovani e adulti;
- rafforzare la cultura della legalità, della pace, del rispetto dei diritti umani, della dignità e interculturalità e per favorire la cittadinanza attiva.

La legge regionale stabilisce un processo di decentramento delle competenze in quanto la giunta regionale, in conseguenza dell'approvazione degli indirizzi triennali, ripartisce tra le Province i fondi per le attività previste dalla normativa, realizzabili a partire da programmi provinciali. È previsto che questi programmi nascano dalla collaborazione con i Comuni, le scuole, le strutture formative e culturali. Le Province sono chiamate ad inviare annualmente alla Regione la relazione, contenente anche quella dei Comuni, in cui si fa il punto sull'impiego dei fondi regionali e sul conseguimento degli obiettivi del programma provinciale.

L'adattabilità e il rafforzamento del capitale umano nel Programma operativo regionale Fse 2007-2013

Il Programma operativo regionale Fse 2007-2013[46] prevede con l'Asse *Adattabilità* degli Obiettivi specifici che vogliono andare in direzione del miglioramento dei sistemi di formazione continua, dell'attuazione di processi per l'innovazione e la crescita della produttività, in relazione al miglioramento dell'organizzazione e della qualità del lavoro, ten-

[46] Vedi Programma operativo Obiettivo «Convergenza» Fondo sociale europeo 2007-2013 Regione Campania.

denti a favorire imprenditorialità e competitività[47]. Per far emergere i fabbisogni formativi si intende coinvolgere le imprese sul territorio, al fine di realizzare adeguati interventi formativi, per consentire la qualificazione di figure non ancora codificate e verso le quali c'è necessità nelle realtà produttive. Con la formazione specialistica si vuole consentire la crescita dell'occupazione e del numero di imprese. Per quest'ultimo obiettivo si guarda alle specificità del territorio, ai settori di grande tradizione o di nicchia ma anche ai servizi innovativi alle imprese e/o alle persone, attraverso la formazione si vuole così favorire in particolare l'autoimpiego e il lavoro autonomo. Per consentire l'implementazione di processi innovativi e far crescere la produttività attraverso il miglioramento dell'organizzazione e della qualità del lavoro si auspica la crescita del numero dei lavoratori messi annualmente

[47] Nel Por per l'Asse *Adattabilità* ci sono i seguenti Obiettivi specifici e relativi Obiettivi operativi: «Obiettivo specifico: sviluppare sistemi di formazione continua e sostenere l'adattabilità dei lavoratori (Obiettivi operativi: rafforzare il sistema della formazione continua attraverso forme di accompagnamento all'impresa e voucher per i lavoratori; attuare nuove tipologie di apprendistato; migliorare l'adattabilità dei lavoratori alle innovazioni tecnologiche e organizzative con particolare attenzione alla componente femminile, ai lavoratori anziani e meno qualificati nonché al settore turistico sostenibile); Obiettivo specifico: favorire l'innovazione e la produttività attraverso una migliore organizzazione e qualità del lavoro (Obiettivi operativi: contrastare la precarizzazione dei lavoratori in condizione di minore stabilità lavorativa attraverso interventi mirati di formazione e rafforzamento dei sistemi di protezione; rafforzare la crescita della responsabilità sociale delle imprese e l'impegno a favore della sicurezza e dell'emersione del lavoro irregolare, prevedendo opportuni criteri finalizzati all'inserimento di soggetti svantaggiati e il rispetto delle parità di genere; favorire la diffusione di modelli organizzativi flessibili capaci di conciliare le esigenze di competitività delle imprese con le esigenze di sicurezza, stabilità e conciliazione); Obiettivo specifico: sviluppare politiche e servizi per l'anticipazione e gestione dei cambiamenti, promuovere la competitività e l'imprenditorialità (Obiettivi operativi: favorire l'innovazione del tessuto produttivo attraverso processi di formazione e riorganizzazione del personale tecnico di alta specializzazione e del management; sostenere lo sviluppo di *spin off* di impresa dal settore della ricerca pubblico e privato; contrastare la fuga dei talenti incentivandone l'inserimento nelle realtà produttive e di ricerca locali; rafforzare le capacità di contrastare i rischi di disoccupazione dei lavoratori interessati da situazioni di crisi di impresa attraverso la riqualificazione e la valorizzazione delle competenze; prevenire il rischio di *digital divide* e sostenere l'utilizzo generalizzato delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione tra le imprese e i lavoratori)».

in formazione, sviluppando un rapporto di integrazione e complementarietà con i Fondi interprofessionali. Fondamentale è considerata la formazione ma anche le modifiche ai sistemi organizzativi che permettano di aumentare il livello delle condizioni di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori. Per favorire l'innovazione, l'impegno è anche in direzione dell'applicazione nel sistema produttivo dei risultati conseguiti dalla ricerca. In particolare, per le piccole e micro imprese si ritiene debba esserci una specifica attenzione a favorire gli aggiornamenti dei titolari, dei soci e dei quadri in relazione ai cambiamenti tecnologici e di mercato oltre che all'applicazione pratica delle novità della ricerca.

Anche per l'Asse *Capitale umano* il Programma operativo regionale prevede degli obiettivi specifici con cui si vogliono in sostanza riformare i sistemi istruzione, formazione e lavoro, integrandoli per favorire l'occupabilità, in particolare attraverso un adeguato orientamento. Si intendono mettere in atto azioni per contrastare l'abbandono scolastico e le differenze di genere. Infine per promuovere ricerca e innovazione si ritiene necessario creare reti tra università, strutture tecnologiche di ricerca e i sistemi produttivi e istituzionali[48]. Per avvicinare

[48] Nel Por per l'Asse *Capitale umano* ci sono i seguenti Obiettivi specifici e relativi Obiettivi operativi: «Obiettivo specifico: elaborazione, introduzione e attuazione delle riforme dei sistemi di istruzione, formazione e lavoro per migliorarne l'integrazione e sviluppare l'occupabilità, con particolare attenzione all'orientamento (Obiettivi operativi: rafforzare la qualità e l'attrattività dell'istruzione e della formazione rafforzandone le relazioni con il territorio; sostenere l'alternanza scuola-lavoro anche attraverso percorsi integrati e le esperienze formative in impresa; migliorare la qualità degli organismi formativi intervenendo anche sul sistema e procedure per l'accreditamento; aggiornare il sistema delle qualifiche professionali, tenendo conto dei fabbisogni professionali e formativi espressi dalle micro, piccole e medie imprese; garantire la trasparenza delle competenze acquisite dalle persone e il loro diritto alla mobilità lavorativa verticale e orizzontale; migliorare i sistemi di orientamento integrato con il territorio mettendoli in rete con i diversi soggetti attivi nell'ambito della dimensione orientativa; rafforzare strumenti e competenze in Tic degli operatori della scuola e della formazione); Obiettivo specifico: aumentare la partecipazione all'apprendimento permanente, anche attraverso provvedimenti intesi a ridurre l'abbandono scolastico e le disparità di genere rispetto alle materie (Obiettivi operativi: sostenere l'obbligo scolastico a 16 anni attraverso l'integrazione tra scuola, formazione e formazione sul lavoro; migliorare il livello qualitativo dell'offerta scolastico-formativa e la tenuta dei percorsi di istruzione-formazione anche attraverso la formazione del personale docente e non docente; sostenere l'insegnamento della

il sistema scolastico e formativo a quello produttivo territoriale si intende investire nella *work-experience*, pur nell'ambito del complessivo miglioramento del sistema di formazione. Partendo dai fabbisogni formativi e lavorativi delle imprese si vuole adeguare il sistema delle qualifiche professionali regionale, coinvolgendo le associazioni di categoria e le parti sociali. L'obiettivo è la certificazione delle competenze acquisite anche attraverso esperienze di lavoro e dare la possibilità ai cittadini, attraverso un sistema di certificazione modulare, di rientrare in momenti diversi nel sistema istruzione-formazione integrato, in particolare quando ci si trova in condizioni di disoccupazione involontaria, migliorando così le possibilità di reingresso nel mondo del lavoro. Di fronte alle specificità dell'utenza e per favorire la formazione per l'occupazione si auspica l'impiego di metodologie innovative, ad esempio nuovi modelli di orientamento, tecniche di moderazione, teleformazione. Si ritiene centrale puntare, per uno sviluppo di qualità del territorio, sulle risorse umane di elevato livello di istruzione e formazione e sul sistema di alta formazione universitaria e post-universitaria contestualmente esistenti. Questo vuole dire investire nei giovani, orientandoli e incentivandoli verso studi tecnico-scientifici, con una attenzione specifica verso le donne, in modo da veder crescere la loro partecipazione a professioni collegate a questi tipi di studi, in

matematica e delle scienze e della tecnologia nella scuola e nella formazione; favorire l'innovazione didattica; favorire la presenza femminile all'interno di percorsi formativi a carattere tecnico-scientifico); Obiettivo specifico: aumentare l'accesso all'istruzione e alla formazione iniziale, professionale e universitaria, migliorandone la qualità (Obiettivi operativi: favorire il processo di costruzione di un'offerta formativa iniziale, professionale universitaria e post-universitaria di qualità, basata sul ciclo di vita dei soggetti, attenta all'alternanza e a favorire l'apprendimento specialistico, con particolare attenzione alle scelte strategiche regionali; migliorare le caratteristiche, l'attrattività, nonché l'accessibilità, dell'offerta di formazione per gli adulti in particolare nel settore della ricerca e dell'innovazione; investire nell'istruzione superiore universitaria e post-universitaria); Obiettivo specifico: creazione di reti tra università, centri tecnologici di ricerca, il mondo produttivo e istituzionale con particolare attenzione alla promozione della ricerca e dell'innovazione (Obiettivi operativi: favorire la creazione di poli formativi legati alle vocazioni produttive territoriali; sostenere lo sviluppo di reti tra università, centri di ricerca e imprese; rafforzare la rete e l'azione dei distretti di alta tecnologia attraverso la formazione e la diffusione dei risultati della ricerca sul territorio; sostenere l'orientamento dei giovani verso la ricerca e la scienza)».

particolare nella ricerca e sviluppo. Nella Regione esistono strutture e risorse umane sul territorio dedite alla ricerca e allo sviluppo, in particolare nelle università e nei centri pubblici di ricerca, ma anche alcuni soggetti industriali ad alto sviluppo tecnologico fanno la loro parte. A fronte di ciò c'è invece una vasta presenza di piccole e piccolissime imprese che non puntano affatto sull'innovazione. C'è la consapevolezza pertanto della necessità di creare una rete tra questi soggetti sul territorio per mettere in moto un meccanismo virtuoso di sviluppo della dimensione innovativa allargata[49].

L'Accordo regionale con le parti sociali per l'uso integrato delle risorse per la formazione continua

Nel dicembre 2005 l'assessorato alla formazione della Regione Campania, Confindustria Campania, Fondimpresa e Cgil-Cisl-Uil Campania hanno sottoscritto un documento per un uso efficace e integrato delle diverse risorse (pubbliche e private) per la formazione continua sul territorio e per il miglioramento della qualità del sistema formativo[50]. Nel documento si parte dal presupposto che la realizzazione di un efficace sistema di formazione continua significhi favorire e agire per l'innovazione strategica per lo sviluppo del territorio. I sottoscrittori del documento ritengono che sia necessario favorire operazioni di facilitazione e semplificazione delle procedure e l'accesso alle diverse opportunità di risorse per la formazione continua. Attraverso

[49] Nel Por relativamente all'Obiettivo specifico «Creazione di reti tra università, centri tecnologici di ricerca, il mondo produttivo e istituzionale con particolare attenzione alla promozione della ricerca e dell'innovazione, a titolo solo indicativo», sono riportate le possibili attività realizzabili: «interventi di sostegno allo sviluppo di reti tra produttori e utilizzatori di conoscenze attraverso la valorizzazione di forme associative e consortili tra i diversi soggetti quali università, centri di ricerca, imprese e associazioni di imprese, organismi formativi; formazione dei ricercatori, con particolare attenzione alle tematiche ambientali; interventi a sostegno delle politiche di sviluppo regionale in settori strategici secondo logiche di attivazione di poli d'eccellenza e di distretti tecnologici; interventi integrati a supporto della creazione di una rete territoriale di servizi formativi e di orientamento rivolti prevalentemente a manager e imprenditori per favorire la diffusione dell'innovazione e della sperimentazione nelle imprese sui temi dell'eco-innovazione e delle tecnologie ambientali».

[50] Vedi «Documento congiunto sugli intenti in materia di formazione continua di Assessorato alla Formazione Regione Campania, Confindustria Campania, Fondimpresa, Cgil-Cisl-Uil Campania», Napoli 2 dicembre 2005 .

uno specifico Forum di consultazione per la formazione continua, che coinvolga oltre i sottoscrittori dell'accordo, le parti sociali e il coordinamento degli enti bilaterali, si vogliono realizzare obiettivi che vadano pertanto in questa direzione e per un uso efficace delle risorse. Si tratta di intervenire perché in particolare i soggetti più deboli, i lavoratori con competenze da aggiornare e riqualificare e le imprese da coinvolgere in processi di crescita di settori innovativi, possano trovare risposte ai problemi legati alla loro insicurezza occupazionale i primi e di competizione sui mercati le seconde. I soggetti firmatari dell'accordo, pur consapevoli di gestire risorse per la formazione continua in maniera autonoma, si impegnano ad articolare soluzioni comuni per migliorare la qualità dei sistemi formativi. Ad esempio in questa direzione si ritiene che si debbano sviluppare forme di assistenza tecnica per la realizzazione di piani formativi aziendali e interaziendali; sono previste inoltre azioni di monitoraggio e valutazione di impatto della formazione erogata da parte degli enti bilaterali. La delibera della Giunta regionale del maggio 2006[51] prende atto del suddetto documento congiunto e attribuisce un ruolo significativo alle parti sociali e agli enti bilaterali nelle attività di monitoraggio e valutazione dei piani formativi[52]. Si conferma che il Forum di consultazione per la formazione continua, che si delibera di istituire, ha lo scopo di consentire il confronto e la verifica su quanto si ritenga di realizzare con le risorse pubbliche e private disponibili, in particolare consentendo alle imprese la consultazione per favorire i processi di coinvolgimento territoriali.

[51] Vedi Regione Campania – Giunta regionale – Seduta del 12 maggio 2006 – Deliberazione n. 587 – Area generale di coordinamento n. 17 – Istruzione – Educazione – Formazione professionale Politica giovanile del Forum regionale Ormel «Presa d'atto del documento congiunto di intenti in materia di formazione continua tra Regione Campania e Parti sociali».

[52] Nella delibera si afferma «che gli organismi bilaterali svolgeranno nell'ambito della sperimentazione azioni di monitoraggio e valutazione qualitativa degli impatti sui lavoratori e sulle aziende, nonché potranno svolgere attività di assistenza tecnica alle imprese per la elaborazione di piani formativi aziendali, pluriaziendali e settoriali ed azioni di indirizzo per la certificazione delle competenze».

Regionalizzazione e politiche socio-assistenziali

Ilaria Madama

L'articolo indaga l'emergere di nuovi «spazi di cittadinanza sociale» a livello sub-nazionale in Italia con riferimento alle politiche di assistenza sociale. In questo settore, infatti, i livelli meso *hanno tradizionalmente rivestito un ruolo di primo piano che, a partire dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, è stato progressivamente esteso fino all'attribuzione di competenza esclusiva in materia ad opera della recente riforma del titolo V della Costituzione.*

Dopo aver ricostruito l'evoluzione storica delle politiche di assistenza sociale in Italia, l'articolo offre un'analisi della differenziazione raggiunta a livello regionale, in termini sia di spesa che di offerta di servizi. Il saggio si conclude avanzando alcune riflessioni sugli scenari e le prospettive che si aprono oggi nel nostro paese per il settore dell'assistenza sociale, in particolare con riferimento al processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

1. Introduzione

La letteratura sulle trasformazioni dei confini territoriali dei sistemi di protezione sociale (Ferrera, 2005) ha messo in luce come le unità territoriali sub-nazionali (in particolare, le Regioni) stiano acquisendo nuova rilevanza, proponendosi come «nuovi e peculiari spazi delimitati da confini», relativamente autonomi in alcuni settori della protezione sociale. Il caso italiano appare particolarmente interessante a questo riguardo. Analogamente a quanto avvenuto in molti altri paesi europei (Caciagli, 2006), negli ultimi decenni l'architettura istituzionale del nostro paese è andata trasformandosi a seguito del decentramento di poteri e competenze dal centro alla periferia. In particolare, negli anni novanta il processo di regionalizzazione ha conosciuto una sensibile accelerazione, culminata nell'approvazione della riforma costituzionale del 2001.

L'articolo indaga l'emergere di nuovi «spazi» di cittadinanza sociale con riferimento alle politiche di assistenza sociale, un settore di politica sociale in cui i livelli *meso* hanno tradizionalmente rivestito un ruolo

di primo piano. In Italia, a partire dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, questo ruolo è stato progressivamente esteso fino all'attribuzione di competenza esclusiva in materia alle Regioni ad opera della recente revisione del titolo V della Costituzione. Nel nuovo quadro costituzionale, allo Stato è riservato il ruolo di garante del rispetto dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep), con funzioni di supervisione e controllo, nonché di supplenza in caso di mancato rispetto da parte dei governi sub-nazionali dei livelli stessi. Questi ultimi, in un sistema a forte regionalizzazione come quello italiano, vanno così a costituire la garanzia di un'uniformità di base dell'intervento socio-assistenziale sul territorio nazionale.
Più nel dettaglio, il saggio si articola in tre sezioni. Nella prima viene ricostruita l'evoluzione storica delle politiche di assistenza sociale in Italia, cercando di far emergere le interazioni intercorse con il processo di regionalizzazione. La seconda sezione offre invece un'analisi della differenziazione raggiunta a livello regionale, volta a delineare i tratti essenziali assunti dalla cittadinanza sociale a livello territoriale. Nella terza sezione, infine, il paper si conclude avanzando alcune riflessioni sugli scenari e le prospettive che si aprono oggi nel nostro paese per il settore socio-assistenziale, con riferimento sia al processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, sia al federalismo fiscale.

2. L'assistenza sociale tra decentramento e devoluzione

Schiacciata tra previdenza e sanità, l'assistenza sociale in Italia ha tradizionalmente rivestito un ruolo residuale. Privilegiando un approccio mutualistico-previdenziale, il welfare state italiano è infatti andato strutturandosi per proteggere, principalmente su base contributiva, i lavoratori e le loro famiglie dai rischi tipici di una società industriale, con implicito riferimento ad un modello di famiglia caratterizzato da una netta divisione di genere dei ruoli. L'approccio familista che caratterizza l'Italia, insieme agli altri paesi dell'Europa meridionale, si sostanzia nel fatto che alle famiglie, sulla base del principio di sussidiarietà, siano stati attribuiti i principali compiti di cura e la responsabilità ultima del benessere dei suoi membri (Esping-Andersen, 2000). Ritenendo le famiglie le principali responsabili dell'aiuto sociale e assumendo che nello svolgere questa funzione esse generalmente non falliscano, la politica socio-assistenziale non è così mai stata potenziata, situazione che trova riscontro anche nei dati relativi alla spesa (tab. 1).

Tabella 1 - La spesa sociale in Italia per settore (% del Pil, anni 1975-2005)

	1975	1980	1990	1995	2000
Assistenza sociale	1,5	1,3	1,5	1,7	1,6
Previdenza	13,8	13,7	14,2	14,1	17,3
Sanità	5,9	5,8	6,1	6,2	5,4

Fonte: Rielaborazione da Ferrera (1984), Ministero dell'Economia e delle Finanze (1995); Istat (2003).

Nell'evenienza che la famiglia non fosse in grado di rispondere ai bisogni dei propri componenti, l'esistenza di una rete di istituti di carità e beneficenza, prevalentemente di matrice cattolica, ampiamente diffusi sul territorio ha comunque permesso al sistema di reggersi, contribuendo a mitigare gli effetti negativi delle lacune del sistema di assistenza pubblica e attenuando, per certi versi, anche l'urgenza di una riforma organica dell'intero settore.

Dalle sue origini, peraltro, il sistema socio-assistenziale italiano ha palesemente cercato appoggio nella rete delle istituzioni private, in particolare le Opere Pie, il cui regime pubblicistico era stato sancito fin dalla «Legge Crispi» del 1890 (n. 6872). Questa legge introduceva, infatti, un controllo pubblico e una disciplina uniforme per gli enti che esercitavano attività di assistenza e beneficenza, in virtù del fatto che essi contribuivano alla soddisfazione di un interesse pubblico che ancora non trovava risposta negli interventi dello Stato italiano. Come la Corte costituzionale ha avuto in seguito modo di sottolineare, il generalizzato regime di pubblicizzazione cui sono state sottoposte le Opere Pie, se letto in prospettiva storica, è servito allo scopo di «costituire un sistema di "beneficenza legale", che altrimenti sarebbe mancata del tutto» (sent. 396/1988).

Questa situazione rimase pressoché inalterata fino al secondo dopoguerra, quando si manifestarono alcuni primi segnali di modernizzazione del settore, sia sul fronte sostantivo che su quello della governance. In primo luogo, nel 1968 venne approvata la «Legge Mariotti» (l. 132/1968), che disciplinando l'assistenza ospedaliera, sancì la separazione tra assistenza sociale e sanitaria, che seguirono da qui in poi percorsi differenti. Negli stessi anni trovò realizzazione anche il disposto costituzionale dell'art. 38, in cui si stabiliva che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale». Nel 1969 venne infatti in-

trodotta la pensione sociale, seguita nel 1971 dalla pensione di invalidità civile, prestazioni destinate rispettivamente agli anziani e agli invalidi poveri e senza contributi sociali da far valere per poter accedere alle più generose prestazioni previdenziali. Con l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario nel 1970, diventò poi possibile attuare il decentramento previsto dall'art. 117 della Costituzione. Attraverso i decreti presidenziali del 1972 e 1977[1], le competenze amministrative nell'ambito della «beneficenza pubblica» vennero così decentrate a Regioni ed enti locali, che avrebbero dovuto gradualmente sostituire la pluralità di enti preposti a tali funzioni, mentre allo Stato venivano lasciate le competenze relative alle misure di natura contributiva. Il d.p.r. del 1977 offriva anche una definizione più articolata della materia «beneficenza pubblica», che veniva a comprendere tutte le attività che «attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza, a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale».

Questa prima ondata di regionalizzazione assunse tuttavia i connotati di un decentramento debole, prevalentemente di tipo amministrativo (cfr. Baldi, 2006). La Costituzione riconosceva alle Regioni facoltà di legiferare su determinate materie, vincolandole però al rispetto di principi e leggi quadro nazionali. A diminuire la portata dei poteri decentrati alle Regioni contribuiva altresì il fatto che non vennero pensate forme di rappresentanza delle stesse nel Parlamento nazionale, escludendole così anche dagli iter di revisione costituzionale. Analoga la situazione sotto il profilo finanziario: l'autonomia fiscale delle Regioni, sebbene riconosciuta dall'art 119, veniva infatti subordinata ai limiti stabiliti dalla legislazione ordinaria del centro. Fino alla fine degli anni ottanta, le Regioni a statuto ordinario hanno vissuto in larga misura di finanza derivata, con trasferimenti dal centro per lo più vincolati a funzioni definite[2] (Bordignon, 2006).

[1] Il d.p.r. del 1972 (n. 9) trasferisce le competenze in materia di assistenza e beneficenza pubblica alle Regioni, mentre il d.p.r. del 1977 (n. 616) prescrive la soppressione di numerosi enti assistenziali nazionali e delle Ipab e il trasferimento delle loro funzioni ai Comuni.

[2] All'inizio degli anni novanta, circa l'80% delle entrate delle Regioni a statuto

Va però notato che in materia socio-assistenziale, i decreti deleganti non prescrivevano principi guida o standard generali da rispettare da parte dei livelli di governo regionali e locali nell'esercizio delle proprie funzioni. Essi stabilivano semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale, che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire un'uniformità di base dell'intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, la legge quadro di riforma dell'assistenza venne approvata solo molti anni dopo (l. 328/ 2000), lasciando così alle Regioni margini di manovra e spazi di autonomia significativamente maggiori rispetto ad altri settori. In seguito ai decreti presidenziali e in attesa della legge quadro nazionale preannunciata, la produzione normativa di riordino prese infatti avvio nella maggior parte delle Regioni italiane, seguendo nondimeno percorsi differenti, sia dal punto di vista qualitativo e quantitativo, sia in relazione alla maggiore o minore lentezza con cui i provvedimenti vennero (o, in alcuni casi, non vennero) emanati (Fargion, 1997). La non-definizione da parte del legislatore nazionale di un sistema di diritti sociali minimi da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale permise così una differenziazione territoriale significativa per quanto riguarda forme di intervento, soggetti competenti ed esigibilità delle differenti prestazioni.

La seconda «giuntura critica» nell'evoluzione della politica socio-assistenziale arrivò dopo circa vent'anni. Negli anni novanta venne infatti avviata una profonda revisione del sistema di welfare italiano che coinvolse anche il settore dell'assistenza sociale. Questa fu accompagnata da un rilancio del regionalismo, che porterà negli anni seguenti al passaggio dal decentramento debole degli anni settanta a una svolta più decisa nella direzione di una vera e propria devoluzione di competenze ai livelli *meso*.

Sul fronte della riforma del welfare, nel 1996 con l'insediamento del primo governo di centro-sinistra della Seconda Repubblica, la revisione dello stato sociale ritornò ad affermarsi come priorità. Il governo, l'anno successivo, nominò una commissione di studio, la «Commissione Onofri» (Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale), con l'ambizioso mandato di elaborare

ordinario aveva forma di trasferimenti statali vincolati. Diversa era la situazione delle Regioni a statuto speciale, in cui già il 60% era costituito da compartecipazioni e tributi propri (cfr. Della Porta, 1999).

una riflessione generale sugli scenari e le opportunità nell'ambito della riforma dello stato sociale. In materia di assistenza sociale, il lavoro della Commissione ha contribuito al dibattito sia tratteggiando con chiarezza una diagnosi circa i difetti e le debolezze di questo settore di politica sociale, sia avanzando proposte di policy per la soluzione dei problemi evidenziati. Tra le principali carenze si segnalavano l'elevata frammentazione istituzionale accompagnata da sovrapposizioni di policy, l'inclinazione a favore dei trasferimenti a discapito dei servizi, la marcata differenziazione territoriale e l'assenza di una rete di sicurezza sociale di ultima istanza nella forma di reddito minimo garantito. Nel quadro delle soluzioni comparivano, viceversa, un aumento della spesa per l'assistenza e una sua razionalizzazione tra gli interventi, la definizione di un livello essenziale delle prestazioni da garantire sull'intero territorio nazionale e l'introduzione di uno schema di minimo vitale.

Sebbene il bilancio delle realizzazioni rispetto all'agenda delle proposte sia sconfortante (cfr. Gori e Madama, 2007), gli anni successivi sono stati segnati senza dubbio da una maggiore attenzione verso un settore tradizionalmente trascurato dalla politica nazionale. Tra il 1997 e il 2000 vennero infatti introdotte nuove misure a livello centrale (come l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori e l'assegno di maternità per le madri sprovviste di copertura assicurativa), venne avviata la sperimentazione di uno schema di minimo vitale (il Reddito minimo di inserimento) e, nell'ambito della gestione della selettività, l'Italia si dotò di nuovi criteri per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate (l'indicatore della situazione economica, Ise)[3]. A lato di questi interventi, la novità più rilevante è però rappresentata, senza dubbio, dall'approvazione della legge quadro di riforma dei servizi sociali, a lungo attesa e infine approvata nell'ottobre del 2000 (l. 328/2000).

Trattandosi di una legge quadro, la finalità della legge 328 consisteva principalmente nel definire priorità e indicare direzioni di marcia, mentre le realizzazioni concrete venivano demandate ad altri provvedimenti definiti *attuativi*, da cui dunque si trovava a dipendere, in larga misura, il successo della riforma stessa (Saraceno, 2002). La legge poneva forte enfasi sull'integrazione, da realizzarsi sia tra livelli di governo sia fra attori (pubblici e privati), e promuoveva il superamento della tradizionale impostazione categoriale delle politiche assistenziali

[3] Per una ricostruzione dettagliata delle nuove misure introdotte in questi anni si rimanda a Ferrera e Madama (2006).

italiane attraverso la realizzazione di politiche universalistiche e selettive, vale a dire rivolte a tutti gli individui secondo la condizione di bisogno. Proponeva inoltre, a complemento dei trasferimenti monetari, il potenziamento dell'offerta di servizi sociali. Sulla scia delle raccomandazioni della Commissione Onofri, la legge identificava altresì un insieme di prestazioni da garantirsi su tutto il territorio nazionale, che avrebbero costituito il nucleo dei «livelli essenziali delle prestazioni», rimandando però alla pianificazione nazionale, regionale e zonale il compito di fissarne le caratteristiche e i requisiti specifici e, dunque, la loro declinazione concreta.

Come anticipato, importanti cambiamenti avvennero anche sul fronte dell'organizzazione dello Stato. Sotto la spinta delle istanze di maggiore autonomia per i governi decentrati avanzate dai partiti regionalisti (in particolare le Leghe), negli anni novanta il regionalismo conobbe un nuovo slancio (Baldi, 2006). Nel 1997 prese avvio un processo di revisione che seguì due direttrici principali: da un lato si aspirava a realizzare il massimo decentramento possibile a Costituzione invariata, dall'altro si perseguiva una riforma in senso federalista dell'ordinamento dello Stato attraverso un intervento di livello costituzionale. La «Riforma Bassanini» (l. 59/1997) rappresenta la realizzazione del primo intento. Infatti, con il decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, in attuazione della legge stessa, si attuava un deciso conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali. Risalgono allo stesso periodo anche alcuni passi avanti anche sul fronte di una maggiore autonomia finanziaria a favore dei governi decentrati, attraverso l'introduzione dell'Irap (d.lgs. 446/1997), l'imposta regionale sulle attività produttive[4], l'introduzione delle addizionali regionali e comunali all'Irpef, l'approvazione del decreto legislativo sul federalismo fiscale (d.lgs. 56/2000) con cui si delineavano gli indirizzi per la cessazione dei trasferimenti statali alle Regioni ordinarie e la loro sostituzione con i proventi derivanti dall'aumento di alcune compartecipazioni e dall'addizionale regionale all'Irpef[5].

Il secondo obiettivo ha trovato invece concretizzazione nelle leggi costituzionali 1/1999 e 3/2001. La prima introduceva alcuni importanti

[4] L'Irap infatti, sostituendosi a una molteplicità di altri tributi, rappresenta un primo passo verso il federalismo fiscale in quanto la gestione dell'imposta e delle entrate ad essa connesse è attribuita alle Regioni.

[5] Per un approfondimento sull'evoluzione del decentramento in materia finanziaria si rimanda a Bordignon (2006).

cambiamenti per la politica regionale, tra cui l'elezione diretta del presidente della giunta regionale insieme al riconoscimento dell'autonomia statutaria. La revisione costituzionale del 2001 rileva invece sotto due aspetti. Da un lato, essa interveniva sul fronte dell'autonomia finanziaria. Il riformato art. 119 della Costituzione affermava infatti il principio del federalismo fiscale, oggi in attesa di trovare concreta attuazione. In secondo luogo, essa sanciva una nuova ripartizione delle competenze fra i diversi livelli di governo in molte aree di politica pubblica, tra cui l'assistenza sociale che diviene ora materia di competenza regionale *esclusiva*. Questa trasformazione implica che allo Stato, in questo settore, competa solo la definizione dei «Livelli essenziali delle prestazioni» (Lep) e la supervisione sulla loro attuazione. Il riconoscimento della competenza esclusiva in materia alle Regioni preclude così al centro sia la possibilità di una pianificazione degli interventi, sia l'esercizio di un potere di indirizzo rendendo la lungo attesa riforma dell'assistenza per certi versi già superata.

Tabella 2 - Composizione della spesa socio-assistenziale (anno 2005)

Prestazioni disciplinate a livello nazionale		
	spesa in v.a. (in migliaia)	spesa in % sul Pil
Integrazioni delle pensioni al minimo*	11.500	0,78
Assegni familiari	5.377	0,38
Pensioni sociali	3.470	0,24
Pensioni e indennità a invalidi civili, non vedenti e non udenti	12.587	0,88
Altri assegni e sussidi*	2.852	0,19
Interventi e servizi sociali a livello decentrato		
	spesa in v.a. (in migliaia)	spesa in % sul Pil
Servizi sociali	5.741	0,40

* Stima, dati riferiti al 2006.

Fonte: Rielaborazione su dati contenuti in Bosi (2007) e Istat (2007 e 2008).

Concludendo, la riforma costituzionale del 2001 può essere vista come l'ultimo tassello di un processo iniziato negli anni settanta, che ha portato le Regioni ad assumere una rilevanza crescente nel governo del sistema socio-assistenziale italiano. Tuttavia, sebbene si possa

parlare di devoluzione delle competenze[6] in materia socio-assistenziale solo in seguito agli ultimi provvedimenti, a fronte della latitanza del centro a svolgere una funzione di cabina di regia, le Regioni italiane hanno giocato un ruolo di primo piano in questo settore fin dalla loro nascita, ruolo superiore probabilmente anche alle intenzioni originarie del legislatore nel 1947. Questa maggiore autonomia, coniugata alla carenza di indirizzi da parte del livello nazionale, ha avuto conseguenze importanti in termini di diritti sociali e differenziazione territoriale, che saranno oggetto della prossima sezione.

3. Welfare regionale: i diversi «mondi dei servizi sociali» in Italia

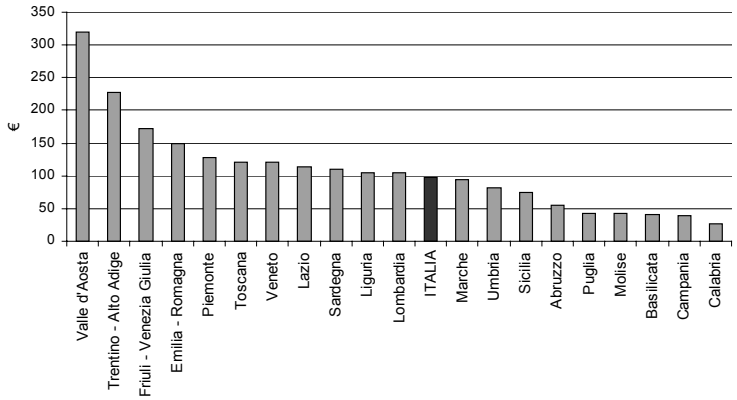
La politica socio-assistenziale italiana si è storicamente caratterizzata per una marcata frammentazione istituzionale. Ai fini espositivi, possono essere distinti due diversi livelli di intervento. Il primo comprende un'ampia gamma di schemi, prevalentemente categoriali, disciplinati a livello nazionale, che erogano prestazioni monetarie principalmente a favore di anziani e persone disabili. Tra queste si ritrovano le pensioni sociali e le integrazioni al trattamento minimo delle pensioni, le pensioni per gli invalidi civili e gli assegni al nucleo familiare[7]. Queste prestazioni, in cui si concentra larga parte della spesa socio-assistenziale complessiva (cfr. tab. 2), si conformano come veri e propri diritti sociali esigibili sull'intero territorio nazionale.
Il secondo livello attiene invece all'ambito dei servizi sociali, le cui competenze sono decentrate e in cui non si può parlare di una vera e propria esigibilità. Come abbiamo visto, a fronte dell'assenza di disposizioni vincolanti, i governi regionali (a volte gli stessi Comuni) hanno potuto strutturare il proprio sistema socio-assistenziale seguendo logiche differenti, legate alla domanda sociale espressa dal territorio ma anche alla sensibilità politica, alle capacità istituzionali e ai vincoli finanziari. Un primo indicatore della forte eterogeneità realizzatasi a li-

[6] Si noti che la devoluzione è ancora limitata sul piano finanziario a fronte della mancata attuazione del federalismo fiscale introdotto dalla riforma costituzionale del 2001 all'articolo 119. Sebbene le Regioni abbiano acquisito piena libertà nell'utilizzo delle risorse ad esse attribuite attraverso il Fondo sociale nazionale, le risorse a loro disposizione sono ancora in larga parte derivate dal centro.
[7] Per una ricostruzione di tutte le prestazioni si rimanda a Ferrera e Madama (2006).

vello decentrato concerne la spesa sociale a livello locale, rilevata dall'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati[8]. Osservando la distribuzione della spesa pro capite per interventi e servizi sociali (fig. 1), emerge che il dato medio italiano (98 euro) nasconde un'elevata variabilità territoriale, passando dai 320 euro della Valle d'Aosta ai circa 27 euro della Calabria. In base a questo indicatore possono essere distinti almeno tre gruppi. In un primo gruppo ricadono nove Regioni, con una spesa che si discosta in modo contenuto dalla media nazionale (massimo 25%), precisamente: Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto, Sardegna, Sicilia e Umbria. Tre Regioni a statuto speciale – Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta – insieme a Emilia-Romagna e Piemonte costituiscono un secondo gruppo, caratterizzato da una spesa media nettamente superiore alla media nazionale (>25%). Il fanalino di coda è infine rappresentato da un gruppo di altre sei Regioni – Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia – la cui spesa sociale pro capite media è inferiore ai due terzi di quella nazionale. Considerando le sole Regioni a statuto ordinario, l'Emilia-Romagna è al primo posto con una spesa media pro capite di 149 euro, mentre Calabria e Campania detengono il valore più basso, rispettivamente 27 e 39 euro per abitante. È inoltre interessante notare che le Regioni con la spesa media pro capite inferiore sono anche quelle in cui l'incidenza della spesa per servizi sociali sul totale della spesa pubblica regionale ha un peso inferiore (fig. 2).

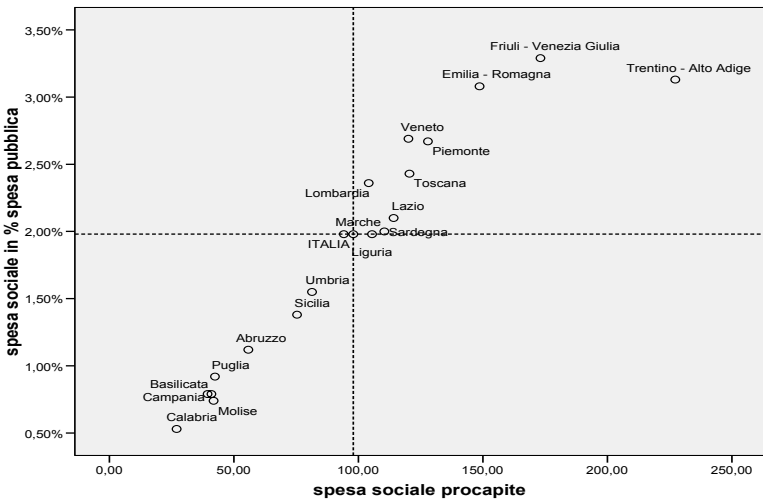
[8] La rilevazione sulla spesa e i servizi a livello locale è stata lanciata nel 2004 con lo scopo di colmare le lacune informative persistenti rispetto ai livelli di spesa e all'offerta di servizi sul territorio. In precedenza erano infatti a disposizione solo dati di spesa tratti dai bilanci consuntivi dei Comuni che non permettevano di avere un quadro chiaro e comparabile della situazione a livello decentrato. L'indagine, che oggi ha cadenza annuale ed è stata inserita fra le statistiche ritenute necessarie per il paese, è stata avviata grazie alla collaborazione istituzionale fra più attori del governo centrale e locale, interessati alla produzione e all'utilizzo della base dati: l'Istat, la Ragioneria generale dello Stato (Rgs), il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, il Centro interregionale per il sistema informatico e statistico (Cisis) con alcuni enti locali tra cui la Toscana (oltre a Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Emilia-Romagna, Marche).

Figura 1 - Spesa sociale media pro capite dei Comuni nelle Regioni italiane (anno 2005, in euro)



Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

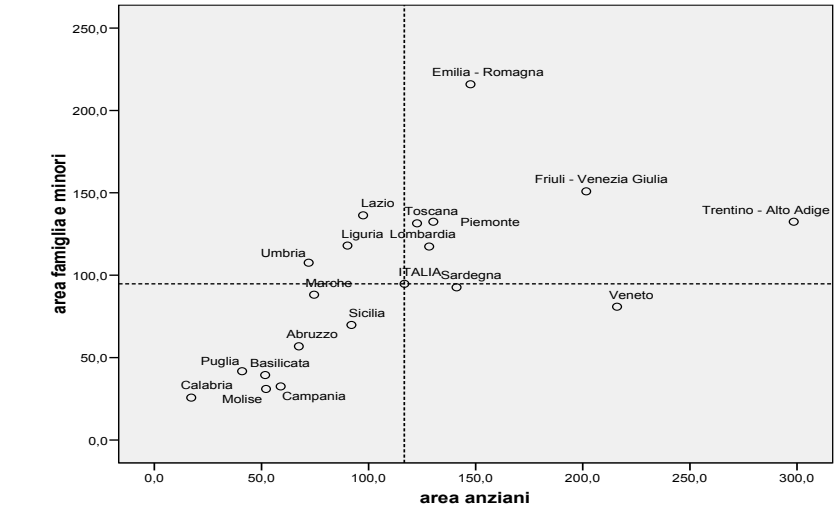
Figura 2 - Spesa sociale pro capite e spesa sociale in percentuale della spesa pubblica per Regione (anno 2005)



Nota: Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla spesa pro capite, nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni (320,00 euro), distorce la distribuzione.
Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

Anche con riferimento alla distribuzione della spesa media pro capite per aree di utenza, la forte eterogeneità trova riconferma. La figura 3 riporta i dati per le due aree di utenza in cui si concentra la maggior parte della spesa per servizi sociali, «famiglie e minori» (38,5%) e «anziani» (23,4%), che insieme assorbono oltre il 60% delle risorse complessive. Nella prima, la spesa pro capite media (pari a ca. 95 euro) sottende un'ampia variazione territoriale, dai 26 euro pro capite in Calabria si passa infatti agli oltre 200 euro in Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna. Nell'area anziani, a fronte di una media nazionale pari a 116,7 euro, il valore minimo è detenuto nuovamente dalla Regione Calabria (17,2 euro), valore che viene più che decuplicato in Friuli-Venezia Giulia (202 euro), Trentino-Alto Adige (299 euro) e Veneto (216)[9].

Figura 3 - Spesa media pro capite per l'area «famiglie e minori» e l'area «anziani» (anno 2005)



Nota: Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla spesa pro capite, nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni (320,00 euro), distorce la distribuzione.
Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

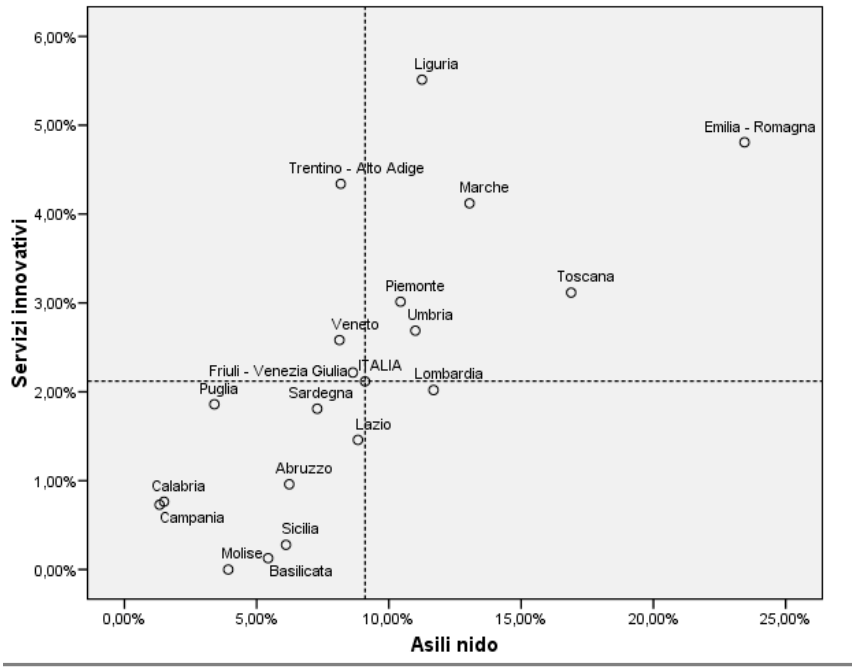
[9] La Valle d'Aosta ha un valore nettamente più alto e non comparabile alle altre Regioni, pari a 1.062 euro.

Le marcate differenze territoriali nelle risorse dedicate al welfare locale riassumono l'eterogeneità che caratterizza la disponibilità di servizi per i cittadini e la presenza di strutture (Istat, 2008). Passando dall'analisi della spesa ai dati sull'offerta di servizi e prestazioni, il quadro risulta altrettanto eterogeneo. Guardando alla disponibilità sul territorio di alcuni servizi per l'area «famiglia e minori», come gli asili nido e i servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia[10], la situazione precedente risulta pressoché confermata (fig. 4). Le Regioni si distribuiscono prevalentemente in due soli quadranti (quello in alto a destra e quello in basso a sinistra). Questo sta a indicare che le Regioni in cui l'offerta è maggiore presentano valori elevati per entrambe le tipologie di servizio, diametralmente opposta è la situazione di quelle con la dotazione minore, segnalando che non si verifica un effetto sostituzione. A livello nazionale, 9,2 bambini su 100 trovano posto negli asili nido pubblici o convenzionati. In Emilia-Romagna, Toscana, e Valle d'Aosta la percentuale è superiore a 15, ma in alcune Regioni del Sud essa scende fino a 1,3 (Campania) e 1,5 (Calabria). Rispetto ai servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, i tassi di copertura sono decisamente più contenuti: la media nazionale è di poco superiore al 2%, ma molte Regioni, tra cui Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Campania e Sicilia non raggiungono nemmeno l'1%.

Passando ora all'analisi dell'offerta nell'«area anziani», fra le principali modalità di intervento a sostegno delle persone anziane assumono particolare rilievo l'assistenza domiciliare, cui è destinato il 37% della spesa rivolta a quest'area di utenza, e i servizi residenziali, che assorbono complessivamente un altro 37% delle risorse dell'area. L'assistenza domiciliare assume forme diverse non esclusive, di cui le tre principali sono: la Sad (assistenza domiciliare socio-assistenziale), che è la forma più tipica con cui i Comuni assistono le persone parzialmente non-autosufficienti; l'Adi (assistenza domiciliare integrata), assistenza sociale integrata con servizi sanitari di cui l'indagine rileva solo la componente assistenziale; i «voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari», la cui attribuzione dà diritto a ricevere determinate prestazioni da parte di soggetti pubblici o privati.

[10] I «servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia» offrono con modalità di funzionamento e orari più flessibili servizi di cura paragonabili ai tradizionali asili nido. In questa categoria rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i contributi per il servizio di «Tagesmutter» dove attivato.

Figura 4 - Tasso di copertura di alcuni servizi per la prima infanzia (anno 2005)



* La copertura viene espressa in forma di indicatore di presa in carico degli utenti ogni 100 persone nella popolazione di riferimento (0-2 anni).
** Nella categoria servizi innovativi per la prima infanzia rientrano i micronidi, i nidi famiglia, i servizi integrativi per la prima infanzia, i contributi per il servizio di «Tagesmutter» nel caso in cui esso sia organizzato dal Comune.
*** Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto i dati relativi alla copertura (asili nido: 28,5%; e servizi innovativi: 11,8%), nettamente più elevati rispetto alle altre Regioni distorcono la distribuzione.
Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

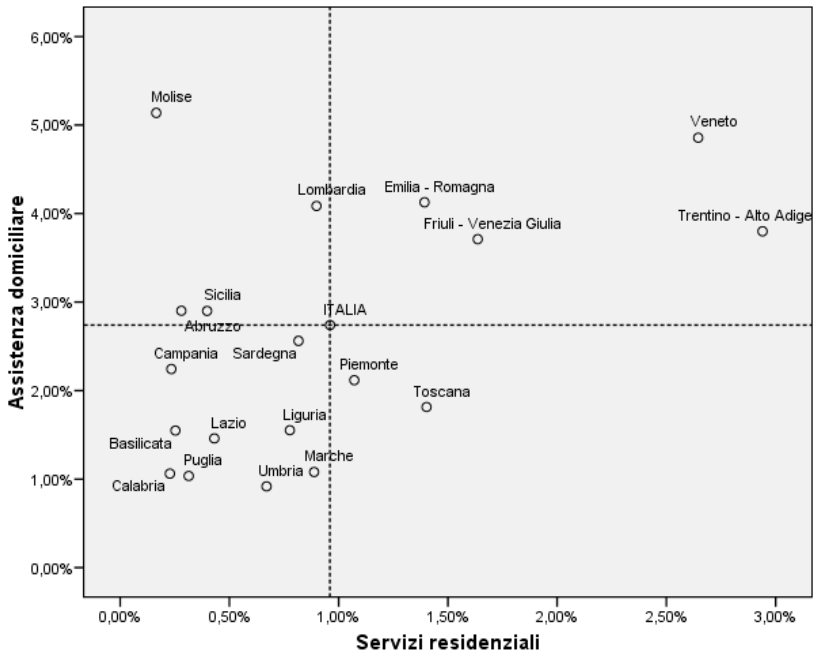
Quest'ultima modalità di intervento riguarda però quasi esclusivamente alcune Regioni del Nord, in particolare Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia e Piemonte, che presentano una copertura territoriale del servizio superiore al 70%[11] (Istat, 2008).

[11] Ciò significa che oltre il 70% della popolazione di riferimento (in questo caso gli ultra-sessantacinquenni) vive in un Comune in cui è presente questo servizio.

L'istituzionalizzazione dell'anziano, attraverso i servizi residenziali, si rende invece necessaria quando la non auto-sufficienza è grave o il nucleo familiare di origine non può farsi carico a casa delle esigenze di cura.

Come accadeva nell'ambito dei servizi per la prima infanzia, anche in questo caso le Regioni si distribuiscono prevalentemente in due soli

Figura 5 - Tasso di copertura di alcuni servizi per gli anziani (anno 2005)



* L'indicatore «Assistenza domiciliare» comprende la copertura di: assistenza domiciliare socio-assistenziale, assistenza domiciliare integrata, voucher e buoni sociali.

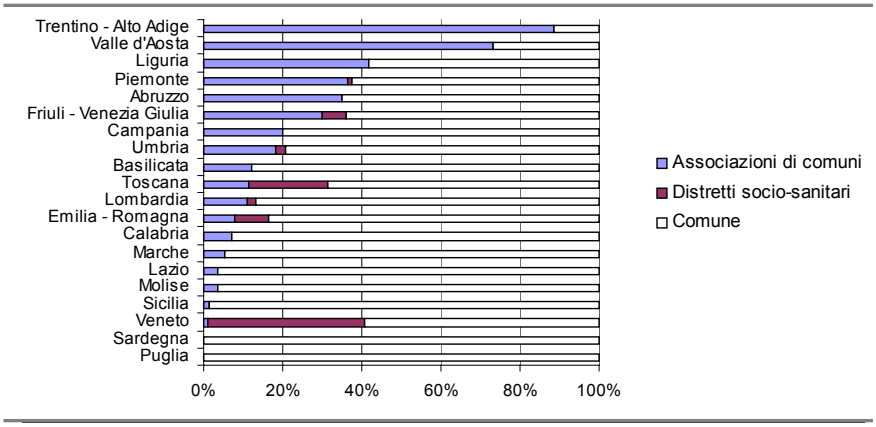
** La copertura viene espressa come indicatore di presa in carico degli utenti ogni 100 persone nella popolazione di riferimento (persone con età maggiore di 65 anni).

*** Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla copertura dei servizi residenziali (541), nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni, avrebbe reso la distribuzione eccessivamente schiacciata.

Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

quadranti (fig. 5), quello in alto a destra e quello in basso a sinistra. Questo indica che le Regioni in cui l'offerta è maggiore presentano valori elevati per entrambe le tipologie di intervento, viceversa accade per le Regioni con dotazioni più scarse, escludendo di fatto un effetto sostituzione fra le due. Il gruppo con il livello di copertura maggiore per entrambi i servizi è costituito da tre Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige) e da due Regioni a statuto ordinario (Emilia-Romagna e Veneto). Calabria, Basilicata, Puglia, Umbria e Lazio condividono invece i livelli più bassi. La regione Toscana e il Piemonte pare abbiano privilegiato la soluzione residenziale, mentre il Molise, all'opposto, combina alti livelli di assistenza domiciliare e livelli molto bassi di servizi residenziali.

Figura 6 - Ripartizione della spesa per interventi e servizi sociali per ente gestore (Comuni singoli, distretti socio-sanitari e associazioni di Comuni)



Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

Sempre sul piano degli interventi, sebbene non ci siano dati di spesa e offerta comparabili, va altresì notato che alcune Regioni hanno, più o meno recentemente, avviato schemi di reddito minimo garantito. Non avendo avuto seguito a livello nazionale l'esperienza del «Reddito minimo di inserimento» avviata a fine anni novanta[12], alcune Regioni, su propria iniziativa, hanno deciso di intraprendere questa via, per ga-

[12] Sull'esperienza del Reddito minimo di inserimento in Italia si rimanda a Sacchi (2007).

rantire nel proprio territorio una rete di protezione di ultima istanza contro la povertà. Tra queste si ritrovano: Basilicata, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Veneto. Data l'assenza di disposizioni vincolanti, tuttavia, anche in questo caso le scelte operate dalle Regioni sono estremamente differenziate sotto il profilo istituzionale, sia per quanto concerne i criteri di accesso, il livello dei trasferimenti e la presenza di condizionalità.

Un'ultima dimensione che può essere d'aiuto per tratteggiare i diversi «mondi dei servizi sociali» nelle Regioni italiane riguarda, infine, gli aspetti di governance. La legge quadro di riforma dell'assistenza sottolineava l'importanza di una gestione associata fra più Comuni della spesa, che evitasse la polverizzazione degli interventi, permettendo anche ai Comuni più piccoli di potenziare la propria offerta di interventi e servizi. L'indagine censuaria, rilevando anche le modalità di gestione della spesa, ci permette di indagare le scelte operate a livello territoriale. Come mostra la figura 6, il quadro è ancora una volta abbastanza differenziato. Nella maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro, i Comuni gestiscono quasi esclusivamente singolarmente la maggior parte delle attività socio-assistenziali. In alcune Regioni invece (tra cui Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte e Abruzzo), i Comuni si avvalgono in misura considerevole delle forme associative intercomunali. In altre infine (tra cui in particolare il Veneto e la Toscana[13]), sono i distretti socio-sanitari a contribuire in modo significativo all'offerta socio-assistenziale.

La panoramica tratteggiata nelle pagine precedenti sui «mondi dei servizi sociali» in Italia segnala come la cittadinanza sociale abbia assunto una molteplicità di forme diverse sul territorio, che mettono in luce come le Regioni italiane siano diversamente attrezzate per far fronte ai bisogni sociali propri di una società post-industriale. Alcune Regioni presentano un sistema di servizi sociali più sviluppato, altre mostrano maggiori difficoltà, altre ancora presentano una grave arretratezza. A fronte di questa situazione, quali scenari e quali prospettive si aprono oggi per le politiche di assistenza sociale in Italia?

[13] Si ricorda a questo proposito che nel 2004 in Toscana è partita la sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente volti alla gestione in forma integrata dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Ad oggi, la sperimentazione delle Società della Salute ha coinvolto 19 zone socio-sanitarie, comprendendo circa il 60% dei Comuni toscani.

4. Devoluzione e livelli essenziali delle prestazioni: scenari e prospettive per l'assistenza sociale in Italia

Nell'arco di un trentennio, l'architettura istituzionale dell'Italia è andata profondamente trasformandosi. Dagli anni settanta ad oggi si è infatti passati da un regionalismo debole, di tipo amministrativo (Baldi, 2006), ad un assetto quasi federale[14]. In materia socio-assistenziale, il processo di rafforzamento dei livelli di governo *meso* prese avvio nel 1977, quando ad opera del d.p.r. 616/1977 si offrì alle Regioni la possibilità di strutturare i propri interventi con ampia autonomia. Il decreto trasferiva infatti compiti e responsabilità, senza che tuttavia venissero prescritti principi guida o standard generali da rispettare da parte dei governi regionali. Si preannunciava semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire un'uniformità di base dell'intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, solo nel 2000, con la legge istitutiva del Sistema integrato dei servizi sociali (l. 328/2000) l'Italia si è dotata di una normativa quadro nazionale sull'assistenza sociale. Dunque, sebbene la devoluzione delle competenze sia avvenuta solo nel 2001, in realtà, dato il disimpegno del centro le Regioni hanno sin dalla loro nascita giocato un ruolo cruciale in questo settore.

L'evoluzione della politica socio-assistenziale in Italia, tratteggiata nella sezione 2, ci consegna un settore segnato da una serie di criticità, che la «stagione riformista» degli anni novanta non è riuscita ad arginare. In primo luogo, la politica socio-assistenziale è sottosviluppata e sotto-finanziata. Questo è tanto più grave date le trasformazioni socio-economiche a cui stiamo assistendo, con l'emergere di nuovi rischi sociali e bisogni propri di una «società post-industriale» (cfr. Bonoli, 2007). L'orientamento familista del nostro stato sociale, teso a privilegiare i maschi principali percettori di reddito e i trasferimenti monetari, finora ha retto grazie al fatto che «le famiglie hanno funzionato da servizi sociali» (Esping-Andersen, 2000, p. 67). Tuttavia, in un contesto in cui la capacità della famiglia di agire da ammortizzatore sociale e da produttore di servizi di cura si riduce, anche nel nostro paese si

[14] Per una discussione del processo incompiuto di federalizzazione dell'Italia si rimanda a Baldi (2006).

rende necessario un nuovo compromesso nella ripartizione delle responsabilità fra gli attori del welfare.

La seconda grande criticità che caratterizza la politica socio-assistenziale in Italia è legata alla marcata eterogeneità realizzatasi a livello decentrato. Le diverse caratteristiche che la cittadinanza sociale ha assunto nelle diverse aree del paese, messe in luce nella sezione 3, sono strettamente connesse alla capacità delle periferie di farsi carico, sin dagli anni settanta, delle competenze trasferite dallo Stato, nonostante il suo disimpegno per quanto riguarda le attività di indirizzo, programmazione e coordinamento. Appare chiaro che non tutte le Regioni italiane siano state in grado di cogliere le opportunità apertesi grazie al processo di decentramento, proponendosi in veste di cabina di regia per lo sviluppo del proprio settore socio-assistenziale. Questo esito è la risultante di una molteplicità di fattori (cfr. Fargion, 1997), tra cui la sensibilità politica della classe di governo, le capacità istituzionali, la disponibilità finanziaria e la diffusione dei nuovi bisogni negli anni in cui il settore dell'assistenza sociale è andato strutturandosi.

Stanti questi due grandi ordini di problemi, quali scenari e quali prospettive si aprono per il settore oggi? I vincoli sul fronte finanziario rendono senza dubbio il processo di «ricalibratura» estremamente complesso. L'assistenza sociale manca infatti di una rappresentanza politica forte[15]: la platea dei beneficiari di queste misure è eterogenea, frammentata e scarsamente (se non del tutto) mobilitata politicamente. Ciò si riflette in un debole peso politico e dunque in un basso potere contrattuale. Questa condizione risulta ancora più esacerbata in un contesto in cui, date le risorse scarse, le diverse istanze risultano tra loro in competizione e la riforma prende la forma di un gioco a somma zero, come è stato nell'ultimo decennio. Date le rigidità di bilancio proprie dell'era dell'«austerità permanente» e l'interdipendenza tra addizioni (nella forma di politiche espansive) e sottrazioni (nella forma di politiche sottrattive)[16], la riforma dell'assistenza è stata a lungo subordinata ai risparmi di spesa da realizzarsi in altri comparti. Tuttavia, sanità e pensioni assorbono risorse difficilmente comprimibili che nei prossimi anni, a fronte degli andamenti demografici, saranno anzi soggette a forti pressioni per una loro crescita (cfr. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008). Inoltre, come nota Onofri (2007, p. 5), data l'elevata quota assorbita dalle pensioni, la

[15] Si veda sul punto Bonoli (2007).

[16] Sul punto si rimanda a Ferrera e Hemerijck (2003).

spesa sociale italiana risulta più predeterminata e la sua correzione più costosa rispetto ad altri sistemi, generando aspri conflitti distributivi tra categorie di beneficiari. La prospettiva, abbracciata anche dalla «Commissione Onofri» a fine anni novanta, di un'espansione delle risorse dedicate all'assistenza sociale attraverso un ribilanciamento delle risorse tra comparti, rispettando il perimetro della spesa per il welfare state, appare dunque difficilmente perseguibile (Gori e Madama, 2007).

A fronte di questa situazione, anziché un'espansione, negli ultimi anni l'assistenza sociale è l'unico comparto della spesa sociale che ha conosciuto una riduzione delle sua incidenza in percentuale sul Pil[17]. Contestualmente, il divario fra le aree del paese sembra addirittura essersi ampliato (Gori e Madama, 2007). D'altra parte, come sottolineato da Alber (1995), l'assenza di norme vincolanti rispetto agli standard quantitativi e qualitativi inerenti ai servizi sociali fa crescere il rischio che il settore sia soggetto a logiche di contenimento dei costi e diventi terreno privilegiato di «*retrenchment*». Questo è ancora più plausibile in quei casi, come quello italiano, in cui l'autonomia fiscale dei livelli di governo preposti alla gestione è bassa in quanto, in seguito a tagli dei trasferimenti dal centro, diventa difficile auto-finanziare i servizi. Gli enti locali, sottoposti a pressioni finanziarie, sarebbero così portati a tagliare i fondi ad essi destinati.

Partendo da questi vincoli, il futuro dell'assistenza sociale in Italia appare oggi indissolubilmente legato all'attuazione della riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001). La revisione costituzionale ha infatti aperto nuove importanti opportunità, che riguardano in particolare il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117) e la declinazione che assumerà il federalismo fiscale (art. 119). Rispetto ai Lep, sulla scia di quanto espresso dalla Commissione Onofri e poi ripreso nella legge quadro di riforma dell'assistenza del 2000, in un sistema a forte regionalizzazione come quello italiano, essi andrebbero a rappresentare «il fattore unificante della cittadinanza sociale» (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005), superando sia la discrezionalità che tradizionalmente ha accompagnato il diritto alle prestazioni assistenziali, sia la significativa differenziazione geografica della dotazione minima di diritti sociali nel nostro paese. Tuttavia, sebbene vi siano stati alcuni primi passi in avanti, che hanno riguardato principalmente il fronte del monitoraggio della spesa e de-

[17] Dal 3,5% del Pil nel 1997 al 3% nel 2006. Sul punto si veda Bosi (2007).

gli interventi, la definizione dei livelli resta tuttora caratterizzata da forte incertezza. La l. 289/2002 prescriveva che i Lep fossero determinati con decreto dal governo, d'intesa con la «Conferenza Unificata». Nonostante il dibattito accademico sul tema[18], il confronto politico fra centro e periferia non ha tuttavia finora dato esiti apprezzabili. Il governo di centro-sinistra eletto nel 2006 aveva manifestato l'intenzione di procedere alla definizione dei livelli per aree di utenza, partendo da infanzia e non autosufficienza. Il processo si è poi interrotto in concomitanza con la caduta del governo e con le elezioni politiche che hanno espresso, nel 2008, una nuova maggioranza politica. Il neoeletto governo di centro-destra, nel recente Libro verde sul modello sociale, pone i Lep fra i presupposti per un'effettiva governance multilivello delle politiche sociali, senza tuttavia avanzare ipotesi rispetto alla loro concreta attuazione.

La definizione dei Lep, peraltro, assume rilevanza ancora maggiore a fronte dell'avvio del confronto sul federalismo fiscale, oggi tra le priorità dell'azione di governo data la centralità che il tema riveste per uno dei partiti della maggioranza. Sebbene in relazione alla nuova organizzazione dello Stato e all'attribuzione di competenza esclusiva in materia socio-assistenziale, fino ad ora le Regioni si siano limitate ad azioni difensive[19], come rileva Sacchi (2006), la riforma del titolo V apre nuove prospettive che riguardano il confronto politico fra centro e periferia. Come è accaduto in altri paesi europei, come ad esempio la Germania (cfr. Campbell e Morgan, 2005), se la riforma dell'assistenza sociale nel contesto attuale appare bloccata, le regioni italiane, in quanto attori dotati di un interesse istituzionale per lo sviluppo delle politiche socio-assistenziali, in questa fase costituente potrebbero rappresentare il «grimaldello istituzionale» da cui partire. D'altra parte, come già anticipa lo stesso Libro verde sul welfare, «la spesa sociale e le relative politiche non potranno non diventare anzi il metro su cui costruire il federalismo fiscale» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008, p. 22).

[18] Per una ricostruzione, si rimanda alla recentissima ricerca coordinata da Ranci Ortigosa (2008).

[19] In materia socio-assistenziale, si vedano in particolare le sentenze n. 370/2003, n. 16/2004 e n. 424/2004, in cui le Regioni hanno chiesto l'intervento della Corte per difendere i nuovi spazi di autonomia acquisiti contro i tentativi di ingerenza del centro. Sul ruolo delle Regioni, si veda anche Gori (2008).

Riferimenti bibliografici

Alber J., 1995, *A Framework for the Comparative Study of Social Services*, «Journal of European Social Policy», vol. 5, n. 2, pp. 135-149.

Baldi B., 2006, *Regioni e Federalismo. L'Italia e l'Europa*, Clueb, Bologna.

Bonoli G., 2007, *Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies*, «Comparative Political Studies», vol. 40, n. 5, pp. 495-520.

Bordignon M., 2006, *Il decentramento in Italia. Motivazioni, strumenti, evidenza, difficoltà*, in Brusio G. e Muraro G. (a cura di), *Il Finanziamento del Settore Pubblico*, FrancoAngeli, Milano.

Bosi P., 2007, *L'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 19-20, pp. 7-14.

Caciagli M., 2006, *Regioni d'Europa. Devoluzioni, regionalismi, integrazione europea*, Il Mulino, Bologna.

Campbell A.L. e Morgan K.J., 2005, *Federalism and the Politics of Old-Age Care in Germany and the United States*, «Comparative Political Studies», n. 38, pp. 887-914.

Della Porta D., 1999, *La politica locale*, Il Mulino, Bologna.

Esping-Andersen G., 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna.

Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Ferrera M., 1984, *Il welfare state in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Ferrera M. e Hemerijck A., 2003, *Recalibrating European Welfare Regimes*, in Zeitlin J. e Trubeck D. (a cura di), *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford University Press, Oxford.

Ferrera M. e Madama I., 2006, *Le politiche di assistenza sociale*, in Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.

Gori C. e Madama I., 2007, *Che cosa è andato storto? L'influenza della Commissione Onofri sulle politiche socio-assistenziali in Italia*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 19-20, pp. 24-33.

Gori C., 2008, *Un emendamento per 100.000 bambini*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche» (in corso di pubblicazione).

Istat, 2003, *I conti della protezione sociale*, Istat, Roma.

Istat, 2007, *I bilanci degli enti previdenziali*, Istat, Roma.

Istat, 2008, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, Istat, Roma.

Ministero dell'Economia e delle Finanze, 1995, *Rapporto generale sulla situazione economica del Paese*, Roma.

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, *Bozza del Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008, *Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Roma.
Onofri P., 2007, *Le politiche di protezione sociale in Italia: 1997-2007*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 19-20, pp. 1-6.
Ranci Ortigosa E. (a cura di), 2008, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, Collana Quid di «Prospettive Sociali e Sanitarie», Milano.
Sacchi S., 2006, *Che fine ha fatto il reddito minimo d'inserimento?*, «il Mulino», n. 5, pp. 870-880.
Sacchi S., 2007, *L'esperienza del reddito minimo di inserimento*, in Saraceno C. e Brandolini A. (a cura di), *Povertà e Benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna.
Saraceno C. (a cura di), 2002, *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale. 1997-2001*, Carocci, Roma.
Taylor Gooby P., 2004, *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza

Francesca Carrera, Mauro Pellegrino*

L'articolo si basa sulla rilettura di alcuni dei principali risultati di un'indagine condotta dall'Ires nazionale sulle caratteristiche dei sistemi locali di offerta di servizi sociali per gli anziani non autosufficienti. Pur mettendo in luce alcune buone pratiche diffuse sul territorio nazionale sia per quanto riguarda gli aspetti normativi che per quanto riguarda gli aspetti organizzativi-gestionali, lo studio – condotto nei 100 Comuni capoluogo di provincia – conferma la diffusione di servizi per la non autosufficienza ancora di stampo tradizionalistico, caratterizzati cioè dalla debole presenza di servizi integrati e dallo sbilanciamento tra contributi economici (più diffusi) e servizi. Su questo aspetto si inserisce il tema complesso del rapporto e dell'integrazione fra prestazioni di spesa «sociali» e «sanitarie» che, quale che sia l'opzione prescelta, necessiterà di un dispiegamento di risorse assai superiore al passato, sebbene non necessariamente ex-novo. Si pone quindi la questione dell'istituzione dei «Fondi per la non autosufficienza» – oggi sempre più su base regionale in aggiunta a quello nazionale – intesi come risposta propriamente «sociale» in grado di convogliare e contenere lo sforzo economico che inevitabilmente viene posto dalla nuova sfida. Il saggio propone il caso di quattro Regioni – Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna – che presentano fra loro la gamma più differenziata di caratteri sia riguardo alla problematica che alla tradizione di politicy.

1. Introduzione

L'articolo affronta la tematica della regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali a partire da una recente ricerca sui sistemi territoriali di offerta dei servizi per la non autosufficienza[1]. La tematica della

* Il saggio è frutto di un lavoro di ricerca condotto congiuntamente dai due autori. In questo testo, i paragrafi 2 e 3 sono da attribuirsi a Mauro Pellegrino, l'introduzione e il paragrafo 4 a Francesca Carrera.

[1] La ricerca, dal titolo *Territori e non autosufficienza. Il ruolo e le attività del patronato*

non autosufficienza viene qui considerata come un'area di policy specifica afferente al più ampio ambito delle politiche socio-assistenziali, la cui competenza esclusiva riguarda, a partire dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, le Regioni.

Due sono state le finalità dello studio: innanzitutto contribuire allo stato delle conoscenze sul fenomeno, anche al fine di un maggiore sviluppo dell'offerta e della sua armonizzazione, in considerazione anche della necessaria definizione a livello nazionale dei Liveas; in secondo luogo, fornire al Patronato Inca, in quanto soggetto a difesa delle tutele individuali, un approfondimento sulla tematica utile ad un suo migliore e sempre più efficace posizionamento nel sistema d'offerta[2].

Questo contributo si concentra in particolare sull'analisi delle politiche regionali e sull'articolazione territoriale dei servizi sociali rivolti agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie. Com'è noto, infatti, l'allungamento della vita espone i grandi vecchi e le loro famiglie, principalmente a causa dei perduranti deficit di risposta dei sistemi di servizi alla persona rispetto ai nuovi profili del bisogno sociale, a periodi di forte esposizione e di difficoltà nel dover affrontare l'insieme di esigenze, da quelle di tipo socio-sanitario a quelle di tipo relazionale, che le fasi di non autosufficienza degli anziani pongono. La diversa

sindacale, è stata realizzata dall'Ires nazionale per conto del Patronato Inca. Il rapporto è stato pubblicato nella sua versione integrale nel «Notiziario Inca», nn. 8, 9, 10, 2007. Lo studio, complesso e articolato, ha approfondito diversi aspetti relativi alla tematica della non autosufficienza, quali: le caratteristiche del *fenomeno*, in Italia e in Europa, le azioni di contrasto – sia in termini di *risposte* informali sia di *politiche* istituzionali – finora adottate nel nostro paese, con un focus specifico sulle politiche regionali e sulle misure locali d'intervento, stante la competenza esclusiva delle Regioni in questa materia e la responsabilità amministrativa dei Comuni nel campo dei servizi sociali alla persona. È stata realizzata una *survey* sui servizi territoriali per la non autosufficienza nei 100 Comuni capoluogo di provincia, ed è stato approfondito il *fenomeno del lavoro immigrato*, le cosiddette «badanti», considerato uno dei meccanismi di risposta alla non autosufficienza. In particolare l'approfondimento ha riguardato l'integrazione delle badanti nella rete dei servizi pubblici.

[2] La legge n. 152/2001 «Nuova disciplina per gli istituti di Patronato e di assistenza sociale», allarga l'ambito delle funzioni del Patronato dalle tutele previdenziali alle tutele sociali. Un approfondimento sulla tematica della non autosufficienza consentirebbe dunque al Patronato di implementare e sviluppare nuove funzioni quali quella del Segretariato sociale, attraverso attività di informazione (sui diritti) e di orientamento (sui servizi e interventi territoriali) rivolti alle famiglie/cittadinanza che si trovano ad affrontare situazioni problematiche dovute alla cura di una persona anziana non autosufficiente.

disponibilità di risorse finanziarie da parte delle singole famiglie pone ovviamente queste ultime in condizioni di difficoltà nell'affrontare quest'ordine di problemi, soprattutto in quanto larga parte delle attività di supporto alle persone non autosufficienti (sia che si tratti di attività di aiuto domestico, sia che si tratti di attività maggiormente rivolte all'accudimento della persona) sono al momento nel nostro paese acquistabili nel cosiddetto, ampio e variegato, «mercato privato della cura», dunque a costi economici non sempre facilmente affrontabili, comunque generalmente onerosi, di difficile valutazione sul piano della qualità del delicato servizio prestato, così come del trattamento percepito dal lavoratore *caregiver*. Da qui la scelta della ricerca di approfondire la conoscenza circa le risposte territoriali messe in campo dagli enti locali per sostenere le famiglie in situazione di difficoltà dovuta alle esigenze di cura di una persona anziana non autosufficiente.

A livello nazionale, per quanto riguarda la non autosufficienza non è stato delineato un quadro normativo di riferimento, non sono stati definiti i *livelli essenziali di assistenza*, per cui i territori, in particolare le Regioni nella definizione delle policy, e i Comuni nella gestione dei servizi, hanno agito in maniera differenziata e disomogenea. Le disomogeneità e le differenziazioni territoriali sono evidenti non solo tra il Nord e il Sud del paese, ma anche tra le varie regioni e le varie città. I risultati emersi dalla ricerca, elaborati anche a partire da un'intensa fase di rilevazione sul campo, hanno confermato queste tendenze, pur mettendo in luce alcune buone pratiche diffuse in modo occasionale sul territorio, sia per quanto riguarda la pianificazione e l'implementazione delle politiche regionali definite anche sotto il profilo normativo, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativo-gestionali dei servizi erogati a livello comunale. Solo in alcuni territori italiani infatti, per iniziativa delle Regioni, degli enti locali e degli attori sociali, sono stati emanati provvedimenti e norme per la non autosufficienza finalizzati alla creazione di una rete di servizi sociosanitari che individuano modalità di accesso, servizi e interventi assistenziali di tipo domiciliare, residenziale ed economico. Si tratta di interventi e azioni innovative da cui emerge, rispetto alla non autosufficienza, un quadro diseguale in termini di offerta di servizi, pianificazione delle politiche e sistema di risposte e di opportunità per i cittadini. Il contributo si articola su tre paragrafi che ripercorrono le principali tematiche analizzate nel corso dello studio: i primi due si concentrano sugli aspetti legati alle politiche per la non autosufficienza e dunque hanno come ambito

territoriale di riferimento quello regionale con un focus specifico su quattro regioni italiane – Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna; il terzo infine si concentra su alcuni dei risultati emersi dall'indagine di campo sui sistemi di offerta dei servizi per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo di provincia.

2. La regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali in Italia

Le esigenze di ridefinizione dei sistemi di welfare in tutto il mondo occidentale poggiano – come concordemente ritenuto da un'enorme mole di studi – su un duplice ordine di trasformazioni in atto, quelle che incidono sulla composizione demografica della popolazione e quelle legate a modificazioni della struttura economica e sociale, in particolare al rapporto tra famiglia, mercato del lavoro e sistema dei servizi sociali. Alcune di queste tendenze sono peraltro già una «realtà», che giustifica ampiamente perché la questione del tendenziale invecchiamento e cambiamento dei modelli familiari sia esplosa in Europa occidentale fin dai tardi anni '80 e puntualmente analizzata da almeno un decennio.

Nell'ambito del processo di integrazione politica e sociale rappresentato dall'Unione europea, la questione della «non autosufficienza» – cioè delle «persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale, accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Oms e dell'Icf [Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità, *n.d.r.*] e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali»[3] – s'impone come una delle problematiche che interpellano con urgenza, quanto meno, la comunità dei 15 paesi a welfare state sviluppato[4]. È tuttavia evidente, nel modo di trattare anche questa materia, come ogni altra sfida che si pone ai sistemi di protezione sociale, come i percorsi storici di lungo periodo che hanno plasmato i vari modelli di stato sociale «condizionino, e addirittura in parte prestrutturino, le attuali opzioni di riforma» (Ferrera, 1998).

[3] Definizione adottata nella Proposta di legge di iniziativa popolare, «Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale», Spi-Cgil - Fnp-Cisl - Uilp-Uil.

[4] Forse ancora non si può dire altrettanto della nuova «Europa a 27», su cui peraltro sono ancora troppo pochi i dati sistematici comparativi.

D'altra parte è esperienza comune – a partire dal Trattato di Maastricht, istitutivo dell'Ue – che ormai le politiche sociali, e in specie quelle di nuova generazione, vengano trattate secondo la prospettiva della *multilevel governance*[5], ossia di una regolazione negoziata e cooperativa fra quattro livelli di governo: europeo, nazionale, regionale e municipale (Mirabile, 2005).

Un tema come quello dei servizi alla persona, in Italia e in gran parte d'Europa, chiama quindi in causa a pieno titolo il concetto di «sussidiarietà», nell'ormai consolidata duplice accezione, recepita per quanto riguarda il nostro paese dal «Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003» (d.p.r. 3/05/2001), previsto dalla l. 328/2000: «La sussidiarietà *verticale* riguarda le istituzioni pubbliche e svolge un compito ordinamentale di carattere generale, in quanto serve per attribuire in modo ottimale le competenze ai diversi livelli istituzionali, privilegiando quelli inferiori rispetto a quelli superiori. […] La sussidiarietà *orizzontale* riguarda invece i rapporti tra le istituzioni pubbliche e la cosiddetta società civile, intesa come l'insieme dei soggetti individuali e collettivi rispetto ai quali l'ordinamento giuridico esprime una valutazione positiva» (Villa, 2006, pp. 130-1).

Da quest'ultimo punto di vista vale infatti notare come questo sia uno degli ambiti su cui più si esercita la compresenza di diversi attori – pubblici e di mercato, reti primarie e organismi di terzo settore – raffigurata nel cosiddetto «diamante del welfare» (Evers, Pijl e Ungerson, 1994).

Il tema della non autosufficienza anziana non è mai uscito in questi anni dalle priorità – quanto meno di quelle espresse – dei decisori politici del nostro paese, anche se con un movimento di *stop and go* rispetto agli orientamenti, talvolta anche contraddittorio, di cui è stata offerta una significativa ricostruzione (Pavolini, 2004); ma l'urgenza è tale e la reazione così debole e tardiva, in un quadro europeo nel quale il problema è stato messo all'ordine del giorno già dagli ultimi vent'anni, che non è procrastinabile a lungo un massiccio intervento in questo campo.

La combinazione di un forte indirizzo nazionale con l'implementazione, anche di tipo sperimentale, di misure locali è stata appunto la strategia seguita in tutta Europa per iniziare ad affrontare il problema del rapido invecchiamento della popolazione e della sua maggiore vulnerabilità alla perdita dell'autonomia. Purtroppo questa non pare

[5] Si vedano in proposito vari contributi in: «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2/2005.

essere stata la strada seguita in Italia dove, a partire dal biennio 2000/2001, decisivo per il sistema di protezione sociale del nostro paese, si è assistito sì ad «un'intensa sperimentazione regionale e locale, controbilanciata tuttavia dall'immobilismo e dall'inerzia del governo nazionale» (*ivi*, p. 15).

Entra in vigore una legge-quadro sul sistema integrato dei servizi sociali (l. 8/11/2000, n. 328) che contiene un riconoscimento specifico all'emergenza di questo problema (art. 22) e ai cui fini sarebbe stato imprescindibile quel «riordino degli emolumenti derivanti da invalidità», pure previsto dalla legge-quadro (art. 24) e mai realizzato[6].

Presto, ossia solo pochi mesi più tardi, essa viene però in buona misura depotenziata dalla riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. n. 3/2001), che peraltro introduce nell'ordinamento il principio guida sopra richiamato della sussidiarietà, sia come inversione delle responsabilità fra i diversi livelli istituzionali sia come riconoscimento di un pluralismo di attori che concorrono al welfare.

Infine, subito dopo queste due importanti svolte, si produce un'alternanza di coalizioni politiche al governo del paese, che interrompe e riorienta un periodo di accentuata attenzione alle politiche sociali, dopo quasi un ventennio di vistosa latitanza.

Ciò ha comportato pertanto il dubbio stesso che il governo centrale avesse titolo ad intervenire sulla materia, mentre «l'emergere di modelli regionali di welfare sempre più differenziati richiede, in uno stato sociale che ancora vuole ispirarsi ai principi della cittadinanza sociale, l'affermazione pratica di una responsabilità finanziaria e regolativa a livello nazionale» (*ivi*, p. 17).

A seguito di un nuovo cambio di maggioranza politica determinato dalle elezioni del 2006, e sullo stimolo «esterno» impresso dalla proposta di legge di iniziativa popolare presentata dai sindacati confederali dei pensionati, il Governo Prodi si era impegnato a presentare un disegno di legge delega per la realizzazione di un «Programma nazionale per la non autosufficienza anziana», che desse attuazione al «Fondo per le non autosufficienze», effettivamente istituito dalla Legge finanziaria per il 2007 (l. 27/12/2006, n. 296, art. 1, commi 1264-5).

Il punto centrale ha tuttavia a che vedere con i limiti di potestà d'intervento dello Stato dopo la riforma costituzionale. Infatti i criteri di utilizzo e di eventuale ripartizione del Fondo non potranno andare

[6] Sulle aspettative e le delusioni al riguardo, si vedano i saggi di Da Roit (2004 e 2006).

ad infrangere i confini posti dal nuovo art. 119 Cost., per non incorrere nella censura che la Corte Costituzionale, in varie recenti sentenze, ha già riservato ad analoghi provvedimenti tesi a vincolare fondi settoriali di provenienza statale a politiche sociali di competenza regionale[7].

Ciò significherebbe – secondo l'effettivo orientamento dell'allora ministro della Solidarietà sociale (a cui spettano, «di concerto con altri dicasteri e previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni», gli atti e i provvedimenti relativi) e come peraltro esplicitamente previsto dalla Legge finanziaria per il 2007 – che la limitata dotazione del Fondo non possa che essere destinata ad attuare «livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti» (Ferioli, 2007), in relazione anche all'art. 18 della legge 328.

Nel caso delle politiche a favore della non autosufficienza, sembra quindi per alcuni aspetti di ripercorrere i passi compiuti di una devoluzione di poteri precedente alla riforma del titolo V della Costituzione, quella che a seguito del d.p.r. 616/1977 di trent'anni fa assegnava alle Regioni la competenza generale (non esclusiva, allora) in materia di servizi sociali, prevedendo però un inquadramento legislativo nazionale. In campo socio-assistenziale non avvenne nulla di simile alla riforma della l. 833/1978, che introdusse il Servizio sanitario nazionale, e le Regioni intrapresero ognuna un proprio «sentiero istituzionale», che ancora oggi – con una mutata e ampliata responsabilità – condiziona le loro scelte anche in settori specifici di politica sociale.

In ogni caso, essendo ormai costituzionalmente affermata dal modificato art. 117 Cost., specie dopo il duplice pronunciamento referendario (affermativo nel 2001 e negativo nel 2006), l'attribuzione alle Regioni della potestà legislativa esclusiva in campo di assistenza sociale e sanitaria e ai Comuni della funzione amministrativa di gestione dei servizi per i cittadini, è su questi due piani che possono oggi essere realizzati effettivi moduli di approfondimento empirico.

[7] Si tratta – come ricordava Ferioli (2007) – ad esempio del Fondo per gli asili nido, istituito dalla Finanziaria per il 2002; del Fondo di rotazione per i micronidi nei luoghi di lavoro e della quota del Fnps per le famiglie di nuova costituzione, per il 2003; del vincolo per la promozione delle politiche giovanili, per il 2005; del Fondo per il sostegno delle famiglie e della solidarietà per lo sviluppo socio-economico, per il 2006, su cui è ancora pendente un ricorso presentato alla Corte.

3. Le Regioni italiane alla prova della sussidiarietà verticale: il caso delle politiche di sostegno alla non autosufficienza

Per esaminare il processo di regionalizzazione delle politiche sociali nel nostro paese, consideriamo appunto il settore di emergente importanza degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.
Sul piano delle policy, la risposta tradizionale alla sfida della non autosufficienza è stata quella di tipo «residenziale», cioè del ricovero in strutture assistite. Lavorando sui dati di una survey sulla popolazione anziana della Regione Lombardia («che peraltro copre circa un quinto dell'ammontare nazionale di posti letto in Rsa»), si mostrava come ancora alla fine degli anni '90 la domanda annua di nuovi ricoveri fosse coperta dal naturale turnover delle uscite per decesso[8].
Tuttavia, la misura dell'accoglienza residenziale non è certo la più frequente, né la più diffusa sull'intero territorio nazionale, mostrando una spiccata localizzazione nel Nord Italia. In epoca più recente si è diffusa – anche se non ai livelli medi europei – la pratica dell'assistenza domiciliare, con il duplice intento di evitare (o ritardare) l'istituzionalizzazione degli anziani e di coinvolgere e valorizzare la rete di cura informale intorno ad essi.
A completare la gamma delle risposte in atto, a fianco dei servizi istituzionali (residenziali e domiciliari) e delle cure informali (più o meno riconosciute e sostenute), vi è poi – ultimo in ordine di comparsa ma non certo per importanza – «il fenomeno della rilevante e crescente presenza in Italia di personale immigrato di origini straniere che fornisce assistenza [a pagamento], per conto della famiglia, ad anziani non autosufficienti» (Lamura, Lucchetti e Socci, 2004, p. 106).
Su questo aspetto si inserisce anche la complicata questione del rapporto e dell'integrazione fra prestazioni (e relative spese, profili professionali, ecc.) «sociali» e «sanitarie», affrontata in diversi modi in Europa e in larga misura irrisolta per quanto concerne il nostro paese. Quale che sia l'opzione prescelta, essa necessiterà di un dispiegamento di risorse assai superiore al passato, sebbene non necessariamente *ex novo*, data l'attuale dispersione di risorse nei rivoli di politiche poco

[8] «Da allora al Censimento del 2001 la popolazione lombarda sopra i 65 anni è cresciuta di un 6% circa, e un altro 6,5% ci porta alla proiezione Istat al 2005, cioè ad oggi […] già tra cinque anni l'equilibrio tra domanda e offerta si spezza, come evidenzia l'innalzamento della curva *age-specific*. In 30 anni la prima doppierà la seconda» (Micheli, 2004, pp. 24-25).

mirate. Tre sono i punti cruciali, le cui scelte nel merito determineranno caratteri e funzioni dei nuovi (eventuali) schemi di protezione, secondo i più classici dilemmi della politica sociale: «A chi dobbiamo rivolgere l'intervento? Con quali risorse? Con quali prestazioni e quali servizi?» (Ranci, 2004b, p. 71).

È quindi dal punto di vista dell'osservatorio regionale che è oggi possibile – oltre che istituzionalmente doveroso – porsi, per avere una visione d'insieme sullo «stato dell'arte» delle politiche per la non autosufficienza. Ed è quanto ha fatto Pavolini (2004), nel lavoro ad oggi più completo e recente a questo riguardo[9]; in questo saggio ci limitiamo a riassumerne in alcuni schemi approssimativi il panorama tracciato, seguendo le stesse dimensioni da lui analizzate.

a) In primo luogo è possibile ricostruire gli assetti istituzionali entro cui si collocano le specifiche policy di settore; dapprima valutando la cronologia con cui le Regioni hanno provveduto, a partire dalla loro istituzione, a regolare i servizi sociali per gli anziani (schema 2). In questo senso, il Nord segue una sequenza omogenea: prima vengono normati i servizi territoriali (già dagli anni '70, a seguito del ricordato d.p.r. 616) e poi le strutture residenziali (anni '80 e poi negli anni '90 con la nascita delle Rsa). Il Sud (con l'aggiunta delle Marche) arriva secondo lo stesso ordine ma sfalsato nei tempi, con un ritardo di circa un decennio (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria), o invertendo la sequenza (Abruzzo, Molise); in alcuni casi non si arriva mai ad emanare norme sugli standard residenziali (Lazio) o sui servizi territoriali (Sicilia), o su nessuna delle due tipologie (Sardegna).

   Oppure considerando gli stili di programmazione in materia socio-sanitaria, dove la suddivisione geografica già perde rilevanza. Qui troviamo aree che vantano una tradizione programmatoria solida precedente al 2000 e, in buona parte, differente dai criteri della legge 328 (le «tre Venezie»); Regioni, sia settentrionali che meridionali, che hanno dato forte impulso alla programmazione, anticipando o recependo i contenuti portanti della legge-quadro; zone, per lo più nel Sud, dove la pianificazione è rimasta debole o nulla anche dopo l'entrata in vigore delle importanti riforme, legislativa e costituzionale (schema 2bis).

[9] Molto completo e recente, anche per le proposte operative che reca, è un volume curato da Gori (2006) che però non dedica un'attenzione specifica ai contesti regionali.

Schemi 1 e 2

b) Successivamente, scendendo al piano dei servizi in senso proprio, è raffigurabile l'impatto che essi assumono in ogni Regione, incrociando il loro grado di copertura – cioè la percentuale di popolazione (anziana) raggiunta – con la loro intensità assistenziale – espressa dal rapporto operatori/utenti o dal numero di ore di servizio erogate. Mentre per quanto concerne le accoglienze residenziali (Rsa – schema 3) troviamo un'articolazione più variegata, da situazioni che combinano una buona copertura e un'elevata qualità (il Nord-Est) a realtà che sommano carenza di posti e ridotto personale (Centro-Sud, ma anche la Liguria, che pure presenta in assoluto il maggiore indice di domanda sociale), con la maggioranza delle Regioni che si collocano in situazioni intermedie, sui servizi domiciliari (Adi – schema 3bis) il panorama sembra polarizzarsi in una sorta di *trade-off* obbligato: o un'assistenza estesa per numerosità ma limitata in senso quantitativo, o una presenza anche molto intensa ma ristretta a fasce assai ridotte di popolazione (Friuli-Venezia Giulia e Sardegna, rispettivamente, rappresentano gli estremi in questo senso).
c) Di conseguenza, ancora più polarizzato risulta l'incrocio tra la diffusione delle due forme di assistenza (schema 4), che mostra in maniera nitida la spaccatura che attraversa l'Italia: pur con alcune specializzazioni, dove sono più presenti le strutture residenziali sono anche migliori gli interventi domiciliari (tutto il Nord, con l'aggiunta della Toscana e la Liguria che incarna perfettamente la medietà rispetto ai valori nazionali); dove è bassa la copertura di Rsa è bassa anche quella dell'Adi (tutto il Centro-Sud, con l'aggiunta significativa del Piemonte).

Colpisce perciò che nessuna Regione abbia scelto di investire fortemente in una direzione, magari a scapito dell'altra. E la situazione viene modificata assai di poco (solo per ciò che riguarda l'Umbria, in positivo, e la Valle d'Aosta, in negativo) se si esamina l'introduzione dei nuovi strumenti di «mercato sociale» come terza alternativa agli interventi tradizionali (schema 4bis), che rimangono del tutto assenti in quasi tutte le Regioni meridionali, laddove solo in pochi casi assumono una rilevanza tale da acquisire un ruolo effettivo nella gamma delle risposte al problema della non autosufficienza.

Disponiamo quindi di un panorama complessivo sulle politiche intraprese nelle venti Regioni. A partire da quello che veniva definito il loro «rendimento istituzionale», il completo lavoro di Pavolini (2004), ne analizzava in particolare quattro, anche qui paradigmatiche di ipotetici modelli: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

Schemi 3 e 4

Utilizzando le medesime dimensioni da lui adottate come griglie selettive – tradizione nella normativa di settore, stili di programmazione socio-sanitaria, copertura e intensità dei servizi residenziali e domiciliari, introduzione di nuovi strumenti quali assegni di cura e voucher – abbiamo invece deciso di evidenziare altre quattro Regioni (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo e Sardegna), che presentano fra loro la gamma più differenziata di caratteri, come riassunto dallo schema 5.

Schema 5 - Caratteri salienti della legislazione regionale in materia di non autosufficienza

Friuli-Venezia Giulia	*Liguria*
• Alta domanda sociale • Utenza servizi residenziali molto superiore alla media nazionale • Aumento dell'utenza Adi superiore alla media italiana (2° posto in Italia) • Netto spostamento verso presìdi socio-sanitari • Copertura complessiva ALTA • Tradizione socio-sanitaria *integrata*	• Altissima criticità (massima domanda sociale e massima frammentazione istituzionale) • Utenza servizi residenziali nella media nazionale • Aumento dell'utenza Adi in linea con la media italiana • Netto spostamento verso presìdi socio-sanitari • Copertura complessiva MEDIA • Tradizione socio-sanitaria *coordinata*
Abruzzo	*Sardegna*
• Alta criticità • Utenza servizi residenziali molto al di sotto della media nazionale • Utenza Adi in grande aumento (ma tra le più basse in Italia) • Circa metà di residenze socio-sanitarie • Copertura complessiva BASSA • Tradizione socio-sanitaria *coordinata*	• Alta frammentazione istituzionale • Utenza servizi residenziali sotto la media nazionale • Utenza Adi costantemente limitata (penultima in Italia) • Solo ¼ di posti letto in strutture socio-sanitarie • Copertura complessiva MOLTO BASSA • Tradizione socio-sanitaria *coordinata*

Fonte: Rielaborazione nostra, da Pavolini, 2004.

Un esame più ravvicinato dei loro percorsi nell'ultimo biennio potrebbe arricchire la mappa della «cittadinanza sociale» nel nostro paese: il percorso infatti, sebbene non ancora generalizzato, pare essere abbastanza costante. Nelle leggi di riforma dei servizi sociali delle va-

rie Regioni, che a partire dal 2001 recepiscono i contenuti e le novità della legge n. 328/2000, viene di norma riservata un'attenzione esplicita ad «interventi a favore della non autosufficienza». È così – per restare solo ai casi sopra citati – per la Liguria (l.r. 24/05/2006, n. 12, artt. 46-47), il Friuli-Venezia Giulia (l.r. 31/03/2006, n. 6, art. 41), la Sardegna (l.r. 23/12/2005, n. 23 e l.r. 11/05/2006, n. 4).

Diversa – non stupisce, date le differenze di contesto e di percorsi istituzionali sopra evidenziate – è invece l'impostazione operativa data, con deliberazioni regolamentari di Giunta, al Fondo destinato a realizzare quegli interventi e alle sue caratteristiche.

In *Liguria*, il Fondo regionale per i non autosufficienti (Frna) è infatti pensato come un vero e proprio «contenitore» di tutte le risorse volte a mettere in atto misure a favore delle persone non autosufficienti, siano di tipo sociale, sanitario o socio-sanitario, tanto di origine statale (una quota del Fnps), quanto comunale (finanziamenti per «interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare») come di fonte propria regionale. Un fondo quindi che, per quanto di competenza della Regione (l.r. 12/2006, art. 47) «ha destinazione vincolata» e, nell'attesa che il governo adotti i Liveas o Lesna, li anticipa e «finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei Livelli essenziali di assistenza (Lea del d.p.c.m. 29/11/2001)».

Il programma si estende quindi su una gamma completa di misure, fissando obiettivi espliciti a scadenza triennale:

a) estensione del sostegno alla *domiciliarità*, per portare la copertura della popolazione ultrasessantacinquenne dal 4,1% del 2006 al 7% per la fine del 2008;
b) potenziamento dell'assistenza *residenziale* e semiresidenziale – pubblica, privata e convenzionata – dal 2 al 3% entro il 2008;
c) proseguimento della contribuzione economica, a partire dall'esperienza ligure dell'«assegno servizi», «che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350 euro mensili».

In sintonia con l'avanzata normativa iberica è anche il gradualismo con cui è stata prevista l'implementazione del Fondo: nelle more dell'attribuzione dello stanziamento statale, e della necessaria armonizzazione con la nuova pianificazione sociale e sanitaria regionale, una deliberazione della Giunta regionale (n. 1106 del 20/10/2006) individuava impegni e scadenze per un primo semestre sperimentale di utilizzo del Frna, a partire dal 1° novembre 2006.

Questo comporta che in ogni Distretto socio-sanitario fossero resi immediatamente operanti uno «Sportello integrato» come accesso

unico per i richiedenti e una «Unità di valutazione multi-disciplinare (Uvm)» che proceda alla valutazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda. Ciò darà luogo alla redazione di un «Piano individualizzato di assistenza (Pia), in cui si individua un responsabile del caso (*case manager*)», per tutti coloro con «almeno 3 Adl perdute [e] l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore».

Nell'ambito dello stesso Pia, responsabile dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie a cui viene devoluta una somma complessiva di 7,1 milioni di euro, può essere disposta – previa «sottoscrizione di un "patto assistenziale" con la famiglia o chi ha in carico l'anziano o il disabile» – l'erogazione della misura economica, rimodulata con l'Isee ed eventualmente elevata a 800 euro mensili per coloro che siano in attesa dell'indennità di accompagnamento, ricorrendo al finanziamento di 3 milioni di euro del precedente «assegno servizi».

«Una verifica delle risultanze del programma», in base alla quale orientare «un incremento pluriennale del Frna nei futuri esercizi finanziari» è stata in realtà compiuta dalla Regione dopo un anno di sperimentazione, prevedendo però uno stanziamento di 13,5 milioni per il 2007 e di ben 22,5 milioni per il 2008 (contro i 10 e 12 milioni di euro originariamente previsti per le due annate).

Diversa appare la strada intrapresa dalla Regione *Friuli-Venezia Giulia*. Qui il Fondo istituito con la legge di riordino dei servizi sociali (l.r. n. 6/2006, art. 41) porta una denominazione specifica («Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine» – Fap), gli veniva assegnata esplicita «priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarietà», e se ne rimandava la disciplina per la gestione ad un atto della giunta regionale «da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore».

In realtà, anche in questo caso è trascorso quasi un anno, ma il 21 febbraio 2007 un decreto del presidente della Regione ha effettivamente approvato il Regolamento di attuazione del Fap, che per il 2007 disponeva di circa 20 milioni di euro, con un aumento del 75% delle risorse impegnate in quest'ambito nell'anno precedente; si stima che un 80% interesserà circa 2.400 anziani non autosufficienti assistiti a domicilio.

Nelle parole dell'allora assessore regionale alla salute e protezione sociale, «il Fondo ha uno spirito sperimentale; non vuole *aggiungersi ai servizi* esistenti quanto essere un supporto alle prestazioni sanitarie e assistenziali *già garantite*». In applicazione a quanto previsto dalla legge, «in sede di prima applicazione, il Fap viene utilizzato a sostegno delle

situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio» (decr. n. 35/pres., art. 2), anche in questo caso a seguito di un «progetto personalizzato» che, date le caratteristiche specifiche della misura, contempla nella ponderazione del carico assistenziale richiesto sia «eventuali minori entrate derivanti dalla scelta dell'attività di cura a scapito di quella lavorativa», che il «ricorso a supporti correlati a forme di volontariato, laddove esistenti» (*ivi*, art. 3.2).

Il Fap si compone di quattro possibili tipologie di intervento, di cui però un «sostegno alla vita indipendente», riservato ai disabili adulti, e un «sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale» (*ivi*, art. 4.1, punti *c-d*), che non consideriamo in questa sede.

Il «cuore» del provvedimento è rappresentato dall'Apa («Assegno per l'autonomia», *ivi*, art. 5), vale a dire un'erogazione economica riservata a persone non autosufficienti, con perdita – anche temporanea – di almeno 2 Adl e con una soglia di ammissibilità equivalente al massimo ad un valore Isee del nucleo familiare di 35.000 euro; l'importo dell'assegno è determinato sulla base di tre fasce Isee e di due livelli di gravità, variando da un minimo di 2.000 ad un massimo di 6.200 euro annui; in tal caso limitato dal contemporaneo percepimento dell'accompagnamento e sospeso «pro quota giornaliera per tutti i periodi di ricovero temporaneo presso strutture».

Cumulabile con l'Apa può essere anche un «contributo per l'aiuto familiare» (*ivi*, art. 6), finalizzato alle «situazioni in cui ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza domiciliare»; l'entità di tale emolumento è tuttavia modesta, richiedendo un regolare contratto lavorativo per almeno 25 ore settimanali, trattandosi appena di 120 euro mensili, che salgono a 200 solo qualora l'impegno lavorativo superi le 40 ore settimanali.

Il caso dell'*Abruzzo* si colloca sulla scia di quello friulano appena esposto. Un primo fondo di 2,5 milioni di euro era stato istituito con la d.g.r. n. 866/2006; in effetti più che di un vero e proprio fondo si trattava della disposizione di «*risorse straordinarie* a sostegno di nuclei famigliari impegnati nell'assistenza ad anziani con più di sessantacinque anni non autosufficienti». Tale dotazione iniziale ha assunto le caratteristiche di uno specifico «Fondo per la non autosufficienza» solo nel corso del 2007, attraverso la confluenza progressiva di tre distinte fonti di finanziamento:

- con l'entrata in vigore del nuovo Piano sociale regionale 2007/09 sono state ripartite le somme assegnate dal Fondo sociale regio-

nale all'azione di piano per lo sviluppo dei Piani locali per la non autosufficienza (Plna), per quasi 3,5 milioni di euro;
- con la ripartizione delle risorse previste dal Fondo nazionale per la non autosufficienza sono stati assegnati alla Regione Abruzzo quasi 2,5 milioni di euro;
- infine è stato accordato un altro milione di euro per «interventi a favore della non autosufficienza» proveniente dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps).

Inoltre, con la d.g.r. n. 261 del 19/03/2007 un ulteriore importo quasi analogo (6,2 milioni di euro) era stato attribuito alle Aziende Usl nell'ambito del Progetto obiettivo a rilevanza nazionale «Rete integrata dei servizi sanitari e sociali», finalizzato all'avviamento dei Punti unici di accesso (Pua) alla programmazione integrata sociosanitaria e alla gestione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi).

Per quanto riguarda l'effettivo «fondo» (per un ammontare di quasi 7 milioni di euro), il suo utilizzo veniva regolamentato con l'approvazione di un «Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza», contenuto nella d.g.r. n. 1281 del 10/12/2007.

La sua particolarità – che riprende sostanzialmente i criteri e le modalità di assegnazione del primo accantonamento, e quindi *politiche di sostegno alla domiciliarità* – consiste nel fatto che tutte le risorse disponibili «saranno ripartite agli Ambiti territoriali sociali, i quali potranno accedervi solo previa presentazione di un Piano locale per la non autosufficienza (Plna)». Il Piano Locale, «recante la previsione del cofinanziamento da parte dell'Eas (Ente di ambito sociale) di una quota pari almeno al 20%, […] individua l'intervento o gli interventi che l'Ambito territoriale sociale intende attuare *esclusivamente* tra quelli elencati:

- Adi - Assistenza domiciliare integrata,
- Assistenza domiciliare socio-assistenziale,
- Telesoccorso-Teleassistenza,
- Trasporto,
- Assegno di cura (con priorità d'accesso sulla base del parametro Isee e di importo massimo stabilito in 300.00 euro),
- Centri diurni».

Quindi ogni territorio dispone dell'autonomia di «comporre il proprio pacchetto» di prestazioni per favorire la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente, nel rispetto delle linee tracciate dall'Atto di indirizzo e delle procedure di rendicontazione delle risorse assegnate dal Fondo regionale.

Di contributo – «al fine di favorire la permanenza delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti nella propria casa, sostenere le loro famiglie e incoraggiare l'emersione del lavoro precario e irregolare di coloro che offrono assistenza» – parla anche la Regione *Sardegna* che, pur non avendo dedicato capitoli o riservato fondi esplicitamente diretti al tema della non autosufficienza nell'ultima legge di riordino del «Sistema integrato dei servizi alla persona» (l.r. 23/12/2005, n. 23), ha però anch'essa disposto per la prima volta un accantonamento di risorse a tale scopo, nell'ambito di un provvedimento *omnibus* (l.r. 11/05/2006, n. 4, art. 17, «Disposizioni in materia di politiche sociali»).

Come stabilito, con una propria delibera la Giunta regionale ha dapprima varato un programma sperimentale triennale – «Ritornare a casa» – del quale sono state dettate le linee di indirizzo (d.g.r. n. 42/11 del 4/10/2006). Il disegno appare chiaro: scopo del programma è incentivare la deistituzionalizzazione (per utenti con «livello di intensità assistenziale *medio* […] ospiti da almeno 12 mesi in strutture residenziali») o evitarne il ricorso (per i livelli di intensità assistenziale *elevato* e *molto elevato*), impegnando l'ente locale entro un tempo certo (30 giorni) a definire un «progetto personalizzato predisposto congiuntamente dal Comune di residenza, dall'Asl di riferimento, dal diretto interessato (quando possibile) e dal familiare di riferimento», per organizzarne la cura domiciliare. Il progetto personalizzato, inserito dalla «Valutazione multidimensionale» in uno dei tre livelli di gravità, viene presentato per un finanziamento che può arrivare ad un massimo tra 8 e 20 mila euro annui – limitato ad un Isee non superiore a 32.000 euro – interamente a carico del bilancio ordinario regionale per il primo anno di attività, fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Successivamente, una seconda delibera regionale ha disposto come dovesse essere utilizzato uno stanziamento straordinario di 700.000 euro per il 2006 e di 1 milione di euro per il 2007 (d.g.r. n. 45/24 del 7/11/2006). Lo strumento concreto di supporto, è altrettanto chiaramente individuato nella «istituzione della rete pubblica delle assistenti famigliari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti».

Una quota limitata del fondo viene destinata a «l'avvio su scala regionale di *registri pubblici* delle assistenti famigliari, per favorire l'incontro tra domanda e offerta […] accompagnata da iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza offerta», per 140.000 euro (pari al 20%), e «per la diffusione nella popolazione delle iniziative legate alla costitu-

zione della rete», oltre alle attività di coordinamento, supporto tecnico, verifica e monitoraggio, per altri 70.000 euro (pari al 10%).
La parte più cospicua della somma (il 70%, pari a 490.000 euro) è stata invece rivolta a realizzare due programmi-pilota, presso i Comuni di maggior numerosità – Cagliari e Sassari – «per sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitano di un'assistente famigliare […] tenendo conto delle buone prassi già sperimentate sul territorio nazionale».
Come si vede, se la dimensione di programmazione e finanziamento delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie sta vedendo attivarsi in sequenza numerose amministrazioni regionali – purtroppo sempre più nel Centro-nord che nel Sud del paese – l'ambito proprio di organizzazione e gestione dei servizi sociali alla persona rimane quello dell'ente locale. Per quanto concerne appunto tale dimensione, l'Ires vanta un robusto curriculum di ricerca sulle «100 Italie sociali» dei capoluoghi di provincia (Mirabile, 2005), che ha costituito il riferimento empirico più naturale per una nuova indagine relativa ai Comuni capoluogo di provincia, sulle cui risultanze si concentra a seguire il prossimo paragrafo.

4. I servizi sociali territoriali per la non autosufficienza: un'indagine di campo nei 100 capoluoghi di provincia italiani

Alla luce della necessità sempre più esplicita di sviluppare e implementare la rete territoriale dei servizi pubblici in risposta alle esigenze che le famiglie si trovano oggi a fronteggiare le problematiche del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti, il focus dell'indagine di campo presentata in questo paragrafo sono stati gli interventi pubblici di assistenza continuativa rivolti agli anziani non autosufficienti. Come è noto le politiche e gli interventi pubblici si esplicitano attraverso l'erogazione di servizi e le prestazioni monetarie, due modalità di intervento riconducibili a tre ambiti del sistema pubblico: i servizi socio-sanitari di competenza delle Regioni, i servizi socio-assistenziali la cui responsabilità è affidata ai Comuni e l'indennità di accompagnamento di competenza dello Stato (Gori, 2006). La scelta alla base dell'indagine è stata di approfondire il secondo ambito, quello dei servizi socio-assistenziali, con l'obiettivo di fornire un quadro informativo dell'offerta dei servizi e degli interventi rivolti agli anziani non auto-

sufficienti nei 100 Comuni capoluogo di provincia italiani, che hanno pertanto costituito l'unità di analisi dell'indagine[10]. È stata realizzata una mappatura, a carattere estensivo, intesa come uno strumento rivolto anche alle organizzazioni sindacali per i momenti di accompagnamento, verifica e controllo sul tema delle politiche e degli interventi territoriali per la non autosufficienza.

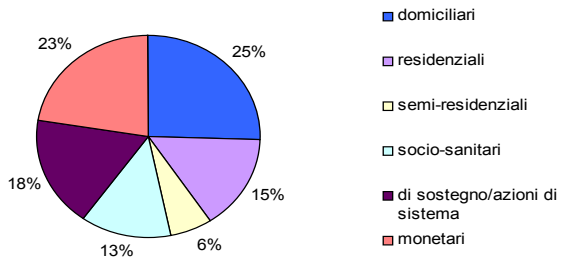
A partire dal dibattito in corso sul tema della non autosufficienza e delle linee innovative che da diverso tempo caratterizzano la discussione sui servizi sociali, che sono, esemplificando la personalizzazione dell'intervento, lo sviluppo dei servizi di sollievo alla famiglia e l'integrazione tra politiche e servizi, l'indagine di campo si è concentrata

[10] I Comuni capoluogo di provincia che hanno collaborato all'indagine Ires sono circa i due terzi del totale (64 su 100). Nel disegno dell'indagine sono stati esclusi fin dal principio i Comuni delle città metropolitane, che per la particolarità delle loro caratteristiche demografiche e strutturali avrebbero avuto effetti di distorsione sui risultati. Per la realizzazione dell'indagine è stato realizzato un questionario ad hoc strutturato in 5 sezioni a cui hanno risposto i dirigenti/funzionari dei servizi sociali dei Comuni stessi. I focus della ricerca, articolati in numerosi aspetti e correlazioni specifiche, sono stati: 1) *il sistema dei servizi e degli interventi*. L'obiettivo specifico di questa parte è stato quello di rilevare l'articolazione del sistema di servizi e interventi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni, le modalità di erogazione e le capacità di risposta ai bisogni. Le tipologie di servizio rilevate sono state: i domiciliari, i residenziali, i semiresidenziali, quelli di sostegno e le azioni di sistema, i servizi di tipo monetario. All'interno di ciascuna tipologia inoltre sono stati rilevati singoli interventi; 2) *gli attori e le modalità di gestione dei servizi*. Questa sezione è stata rivolta invece ad approfondire e le modalità della gestione dei servizi e il coinvolgimento dei diversi attori socio-istituzionali territoriali, attraverso focus specifici sulle pratiche di esternalizzazione, sulle figure professionali, sui partner socio-istituzionali del Comune e così via; 3) *il servizio e l'utente*. In questo caso l'attenzione è stata posta sulla relazione esistente fra servizio e utenza: sono stati indagati i criteri di accesso al servizio, i diversi soggetti che li definiscono e quelli che ne formulano la richiesta, l'esistenza o meno di piani di assistenza individualizzati; 4) *la spesa*. La scelta metodologica è stata di approfondire questo aspetto non tanto sotto il profilo finanziario (su questo cfr. indagine censuaria Istat, 2007), ma piuttosto sotto il profilo organizzativo. Tale scelta è stata dettata dalla modalità di rilevazione utilizzata per l'indagine: i dati e le informazioni raccolti attraverso il questionario realizzato dall'Ires, sono stati infatti forniti dai referenti dei servizi sociali non sulla base dei dati contenuti nei bilanci comunali; 5) *l'integrazione socio-sanitaria*, considerata «terreno naturale» per l'erogazione degli interventi per la non autosufficienza che si collocano a cavallo tra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale.

su diversi aspetti ritenuti illustrativi della configurazione dei servizi in termini di territorializzazione delle politiche e degli interventi, di armonizzazione, di integrazione, di valutazione e di qualità dei servizi.
Sintetizzando alcuni risultati, dalla ricerca emerge un quadro dell'offerta dei servizi sociali territoriali rivolti alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie di stampo tradizionale, le cui caratteristiche e specificità sembrerebbero ancora lontane dal mettere in pratica alcuni dei punti forti e innovativi della riforma dell'assistenza quale per esempio la programmazione e la progettazione di politiche e interventi territoriali fra loro integrati, l'individuazione di standard di qualità dei servizi, il coinvolgimento e il rafforzamento degli attori sociali presenti sul territorio, in particolare per quanto riguarda le organizzazioni sindacali, le famiglie e la cittadinanza.
I focus dell'indagine di campo, articolati in numerosi aspetti e correlazioni specifiche, sono stati molteplici: nello specifico l'analisi qui si concentra solo su alcuni degli aspetti indagati: l'articolazione e la diffusione dei servizi e degli interventi; la normativa e le ricadute sulla configurazione organizzativa dei servizi; l'integrazione socio-sanitaria in quanto dimensione specifica e centrale della non autosufficienza. Si tratta dunque di elementi centrali che fanno parte del processo avviato di regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali, considerato da più parti come una delle soluzioni possibili al problema della frammentazione e della disomogeneità che ha caratterizzato in Italia l'ambito assistenziale.
Analizzando l'*articolazione e la diffusione territoriale dei servizi e degli interventi* per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo, è emerso che, come si legge nel grafico in figura 1, i più diffusi sono i servizi domiciliari (25%, rappresentano dunque un quarto dei servizi sociali nel complesso); a seguire, sulla corta distanza gli interventi di tipo monetario (23%), i servizi di sostegno e le azioni di sistema (18%), i servizi residenziali (15%), i servizi socio-sanitari (13%) e infine i servizi semiresidenziali, centri diurni (6%).
Osservando l'articolazione dei servizi secondo la *distribuzione per macro aree geografiche*, la diffusione delle diverse tipologie di servizi, evidenzia delle differenziazioni rispetto a quelle rilevate sul territorio nazionale. Nei Comuni tendenzialmente appartenenti alle Regioni del *Nord*, come per esempio la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia e il Veneto, i servizi residenziali e i socio-sanitari sono più diffusi rispetto ai Comuni del Sud. Al Nord, nel complesso, l'ambito socio-assistenziale risulta influenzato dai processi e dalle tendenze peculiari del sistema sanita-

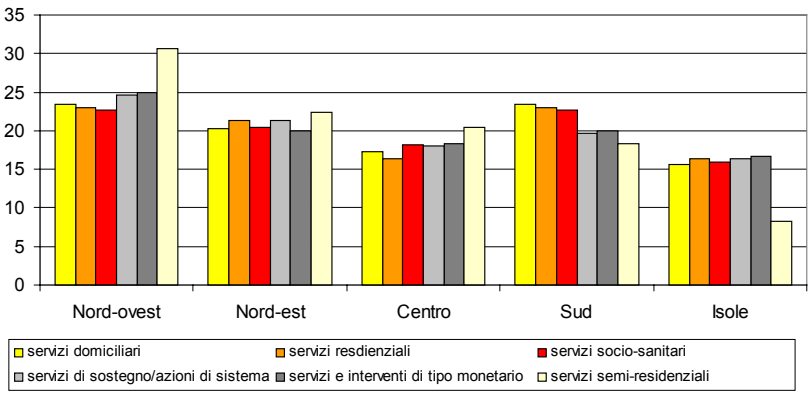
rio, e dalla presenza di servizi e interventi di welfare pesante come per esempio la residenzialità. Nei Comuni delle Regioni del *Sud* invece, a conferma dell'esistenza dello sbilanciamento tra erogazioni monetarie ed erogazioni in servizi che storicamente caratterizza questi territori, i più diffusi sono risultati gli interventi monetari, è questo per esempio il caso della Sardegna, e i servizi di tipo domiciliare.

Figura 1 - I servizi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



Fonte: Indagine Ires 2007.

Figura 2 - Tipologia di servizi per aree geografiche (valori percentuali)



Fonte: Indagine Ires 2007.

A livello nazionale, entrando nel dettaglio della strutturazione dei sistemi di welfare per la non autosufficienza, è interessante evidenziare come l'articolazione rifletta un'impostazione dei servizi ancora di stampo prevalentemente tradizionale, senza evidenti differenziazioni per macro aree territoriali, pur con delle specificità regionali. Per quanto riguarda infatti la composizione dei servizi domiciliari tra gli interventi meno presenti, è stata rilevata l'Assistenza domiciliare integrata (Adi), intervento a forte valenza di integrazione socio-sanitaria. Questa tipologia di servizio viene considerata innovativa secondo le indicazioni della legge quadro 328/00 che prevedeva una maggiore integrazione fra gli interventi a carattere sociale e gli interventi sanitari rivolti alle persone, passando quindi da un'ottica essenzialmente sanitaria e ospedaliera ad un approccio più orientato all'accoglienza e al sostegno della persona nella sua complessità. Anche altri interventi, le cui finalità perseguono queste stesse logiche, come l'adattamento dell'alloggio e l'ospedalizzazione a domicilio, sono risultati ancora poco diffusi sul territorio nazionale, nonostante il loro contenuto innovativo e peculiare per le persone non autosufficienti, tanto da essere espressamente indicati nella proposta di legge di iniziativa popolare presentata al Parlamento nel 2006 dalle organizzazioni sindacali. Per quanto riguarda la diffusione dei servizi domiciliari nelle quattro regioni oggetto dell'indagine, nel complesso sono emersi andamenti analoghi rispetto a quelli nazionali. Nei Comuni di queste Regioni infatti i servizi domiciliari rappresentano i più diffusi e costituiscono circa un terzo dei servizi erogati, ad eccezione dell'Abruzzo dove il dato supera il 40%. Entrando nel dettaglio dei diversi interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, in Friuli-Venezia Giulia e in Liguria, i più diffusi sono quelli a forte valenza sanitaria, è questo il caso dell'ospedalizzazione a domicilio in Friuli, o comunque a valenza integrata tra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale come per esempio l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) in Liguria. In Sardegna invece gli interventi di tipo domiciliare più diffusi sono quelli di stampo prevalentemente assistenziale, di tipo tradizionale, come per esempio l'assistenza domiciliare e l'assistenza pasti. Per quanto riguarda invece la composizione dei servizi di tipo monetario sul territorio nazionale, nel complesso si tratta di contributi economici una tantum; inferiore è risultata la presenza per esempio degli assegni di cura, degli assegni per sostenere la spesa per le badanti e l'assistenza alloggiativa. In questo caso però, nei Comuni delle quattro Regioni considerate sono emersi degli scostamenti rispetto alle tendenze rilevate a livello

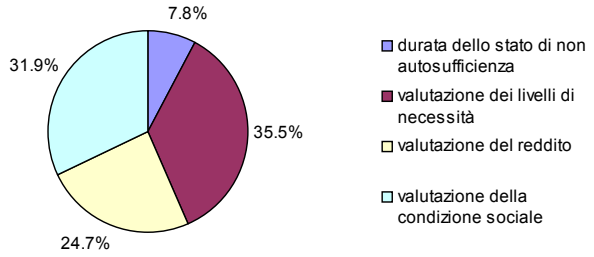
nazionale sulle tipologie di interventi messi in campo nei territori. In Friuli-Venezia Giulia per esempio i buoni servizio, considerati strumenti di welfare leggero a supporto della rete dei servizi, sono gli interventi più diffusi tra quelli di tipo monetario, in Abruzzo sono i voucher mentre in Liguria gli assegni per sostenere la spesa per le badanti.

Riguardo al secondo aspetto analizzato, quello relativo alle ricadute della *normativa sulla configurazione organizzativa dei servizi*, come è noto a livello nazionale ancora non sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni, previsti tra l'altro dalla legge quadro di riforma emanata ormai diversi anni fa (legge n. 328/2000). Su questo ambito gli enti locali, in particolare le Regioni, hanno agito in maniera autonoma adottando normative specifiche attraverso cui sono state definite alcune caratteristiche dell'intervento quali: la definizione dello stato di non autosufficienza, i criteri per la valutazione e le modalità di accesso e richiesta dei servizi, elementi considerati punti cardine dalla proposta di legge sulla non autosufficienza, presentata dalle organizzazioni sindacali nel corso del precedente governo. Dall'indagine Ires è emerso che in oltre due terzi dei Comuni sono presenti normative regionali o comunali i cui contenuti sono finalizzati, tra l'altro, alla definizione dello stato di non autosufficienza. Dalla ricostruzione del quadro normativo di riferimento risulta che, laddove definito, lo stato di non autosufficienza viene delineato prevalentemente da normative regionali; è questo per esempio il caso della Regione Liguria, come già detto nel precedente paragrafo. Sui *criteri di accesso ai servizi per la non autosufficienza*, anche in questo caso non esiste a livello nazionale una scala di valutazione comune, omogenea e standardizzata: tra i più diffusi è risultato il bisogno, ovvero la valutazione dei livelli di necessità; vengono inoltre utilizzati come criteri di accesso la valutazione della condizione sociale, delle risorse finanziarie dell'anziano e solo in pochi casi la durata dello stato di non autosufficienza[11]. Sembra oppor-

[11] In alcuni Comuni (soprattutto nel Nord-Est) viene fatto ricorso ad altri dispositivi per la valutazione dello stato di non autosufficienza come per esempio il Bina (Breve indice di non autosufficienza), in altri invece a Schede di valutazione multidimensionale dell'anziano (Svama). Le schede Svama sono utilizzate nella Regione Veneto per la valutazione delle persone adulte e anziane; permettono di analizzare vari aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica). La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità operativa distrettuale (Uod) even-

tuno evidenziare che la quasi totalità dei Comuni (oltre il 90%) hanno dichiarato di far ricorso a più criteri per definire l'autosufficienza. Dall'analisi sono emerse inoltre alcune specificità nell'utilizzo dei criteri a seconda della ripartizione geografica. Nel Nord-Ovest, nel Centro e nelle Isole la valutazione dei livelli di necessità è risultato essere il criterio di accesso più diffuso, mentre nel Sud il più citato è stato la valutazione della condizione sociale. Il criterio a cui si ricorre di meno su tutto il territorio nazionale è la durata dello stato di non autosufficienza.

Figura 3 - I criteri di accesso ai servizi per la non autosufficienza nei Comuni capoluogo di Provincia



Fonte: Indagine Ires, 2007.

Infine *l'integrazione socio-sanitaria*, un criterio di innovazione dei sistemi di welfare locale che, anche sulla base dei risultati emersi dall'indagine, sembrerebbe ancora poco diffuso. Le politiche e i servizi rivolti agli anziani non autosufficienti costituiscono un luogo «naturale» per la lettura e l'analisi della pratica dell'integrazione socio-sanitaria in quanto rispondono a bisogni legati tanto allo stato di salute quanto alla condizione sociale generale dell'anziano. La maggior parte dei Comuni (77,4%) ha dichiarato che nel proprio territorio l'integrazione

tualmente supportati da professionisti esperti in settori specifici. La Uod è lo strumento operativo che governa la rete dei servizi per anziani. Il gruppo di lavoro è composto da diverse figure professionali: il responsabile del distretto socio-sanitario, medici di medicina generale, assistenti sociali, infermieri professionali, medici specialistici.

socio-sanitaria costituisce una pratica diffusa e condivisa. Sono emerse delle differenziazioni territoriali nella percezione del grado di integrazione socio-sanitaria nei servizi per la non autosufficienza da parte dei referenti dei servizi sociali comunali coinvolti nell'indagine. Tendenzialmente nei Comuni delle Regioni del Centro e del Nord l'integrazione è stata indicata come una pratica diffusa; al contrario, nei Comuni appartenenti alle Regioni del Sud e delle Isole in circa la metà dei capoluoghi l'integrazione non sembra una pratica radicata; è stata evidenziata la difficoltà di comunicazione e di cooperazione fra i diversi soggetti socio-istituzionali preposti ai servizi. In Liguria e in Friuli-Venezia Giulia, tutti i Comuni che hanno partecipato all'indagine hanno dichiarato che l'integrazione socio-sanitaria, nel caso dei servizi per la non autosufficienza, costituisce una pratica diffusa e condivisa, a differenza dei Comuni dell'Abruzzo e della Sardegna, i quali non hanno risposto in maniera omogenea tra loro pur appartenendo allo stesso ambito regionale. Questa differenziazione nei comportamenti dei Comuni potrebbe essere attribuita, fra l'altro, alla presenza e all'influenza della normativa regionale i cui contenuti sono stati nel tempo consolidati.

Tra gli attori socio-istituzionali che maggiormente hanno sostenuto a livello territoriale la pratica dell'integrazione socio-sanitaria (laddove dichiarata diffusa) sono presenti oltre alle Asl e agli enti locali, le organizzazioni di Terzo settore, mentre le famiglie e le organizzazioni sindacali sembrerebbero ancora degli interlocutori poco presenti all'interno della governance territoriale. Tra i principali elementi di criticità legati alla debole integrazione socio-sanitaria rilevati nei Comuni tendenzialmente appartenenti alle Regioni del Sud, sono stati individuati soprattutto quelli di tipo organizzativo e quelli di tipo economico, in misura più contenuta quelli afferenti alla sfera politica e culturale presente nei territori. Alcune differenze in merito alle criticità emergono a livello territoriale: criticità di tipo culturale sono state rilevate nei Comuni delle Regioni del Sud, a differenza di quelli appartenenti alle Regioni del Nord in cui sono state rilevate criticità di tipo organizzativo e di tipo politico.

Per concludere, al di là delle specificità dei diversi sistemi di offerta sociale territoriale, l'indagine ha confermato anche nel caso della non autosufficienza, qui analizzata come un ambito specifico delle politiche socio-assistenziali regionali, la presenza di un quadro territoriale fortemente frammentato e differenziato sia sotto il profilo della politiche pianificate e programmate dalle Regioni, sia sotto il profilo dei

servizi erogati e gestiti dai Comuni. La definizione di una normativa nazionale, che la maggioranza dei paesi europei ha adottato, e dei livelli essenziali delle prestazioni potrebbero contribuire al più ampio processo di innovazione delle politiche sociali da diversi anni avviato in Italia e in particolare al processo di regionalizzazione delle politiche socio-assistenziali in grado di garantire un sistema di diritti e opportunità per la cittadinanza omogeneo sul territorio nazionale.

Riferimenti bibliografici

Beltrametti L., 2001, *Il finanziamento dell'assistenza continuativa*, in Gori C. (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.

Bifulco L., De Leonardis O., 2006, *Integrazione tra le politiche come opportunità politica*, in Donolo C., *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano.

Da Roit B., 2004, *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Da Roit B., 2006, *La riforma dell'indennità di accompagnamento*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.

Evers A., Pijl M. e Ungerson C., 2000, *Payments for care. A comparative overview*, trad. parz. in Pellegrino M. (a cura di), *Aiutare chi aiuta. Politiche di sostegno alle cure informali nell'Unione europea*, Edizioni Lavoro, Roma.

Ferioli E., 2007, *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo in fieri*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 65-76.

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

Fondazione Finney - Commissione Ue, 1996, *Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?*, Atti dell'Incontro di Studio Europeo, Roma.

Gori C. (a cura di), 2001, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, FrancoAngeli, Milano.

Gori C. (a cura di), 2004, *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Gori C. (a cura di), 2006, *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna.

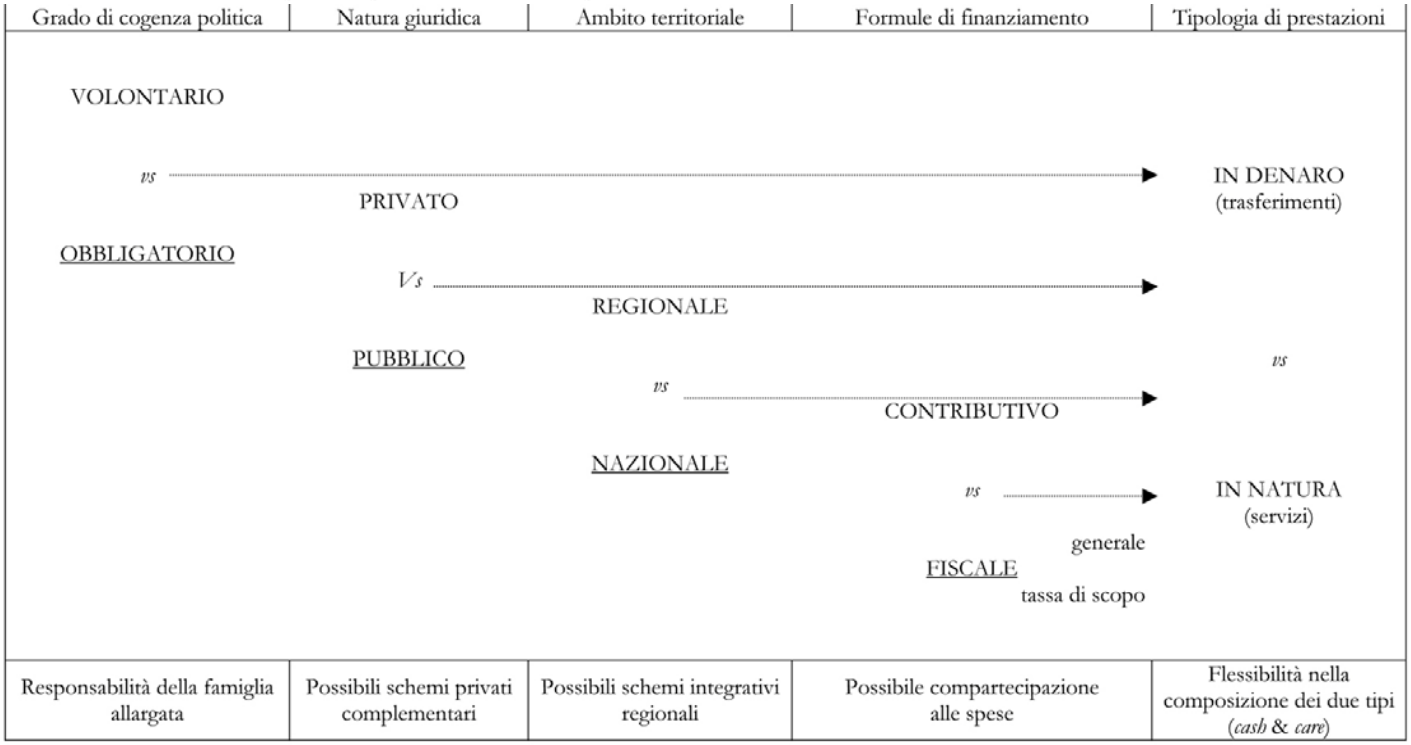
Guidicini P. e Landuzzi C. (a cura di), 2006, *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano.

Istat, 2007, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, Roma.

Lamura G., Lucchetti M. e Socci M., 2004, *Personale straniero e assistenza all'anziano non autosufficiente: due ricerche in Emilia e Marche*, in Micheli G.A. (a cura di), *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.

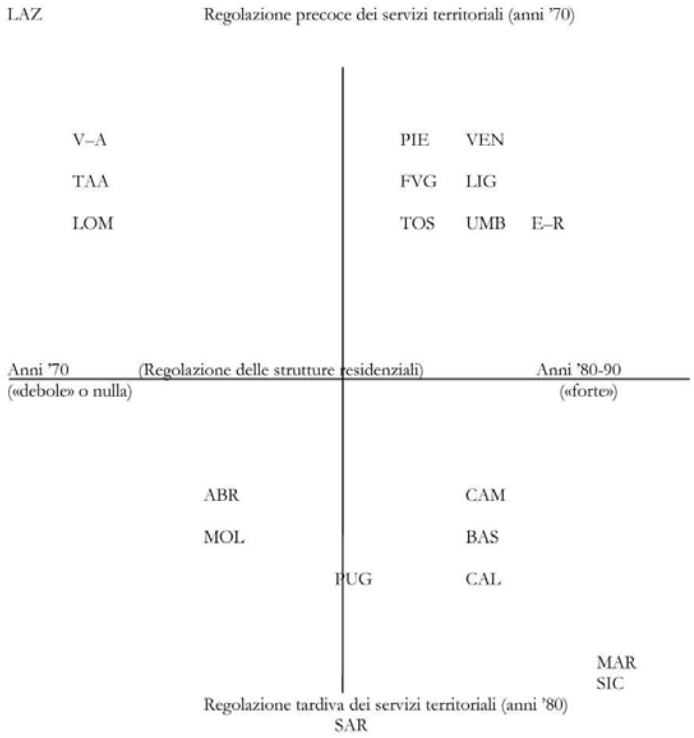
Micheli G.A. (a cura di), 2004, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.
Mirabile M.L. (a cura di), 2005, *Italie sociali*, Donzelli, Roma.
Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma.
Pellegrino M. (a cura di), 2000, *Aiutare chi aiuta. Politiche di sostegno alle cure informali nell'Unione europea*, Edizioni Lavoro, Roma.
Ranci C., 2002, *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
C. Ranci, 2004a, *Prefazione*, in Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Carocci, Roma.
Ranci C., 2004b, *La costituzione di un Fondo Unico per la non autosufficienza: i temi in agenda*, in Micheli G.A. (a cura di), 2004, *La questione anziana. Ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, FrancoAngeli, Milano.
Ranci Ortigosa E., 2004, *Il rapporto tra servizi sociali e sanitari*, in Gori C. (a cura di), *La Riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.
Rossi G. e Bramanti D. (a cura di), 2006, *Anziani non autosufficienti e servizi family friendly*, FrancoAngeli, Milano.
Villa F., 2006, *La comunità come soggetto attivo nella costruzione delle politiche sociali*, in Guidicini P. e Landuzzi C. (a cura di), *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano.

Schema 1 - «Albero delle opzioni» per un Fondo unico per la non autosufficienza

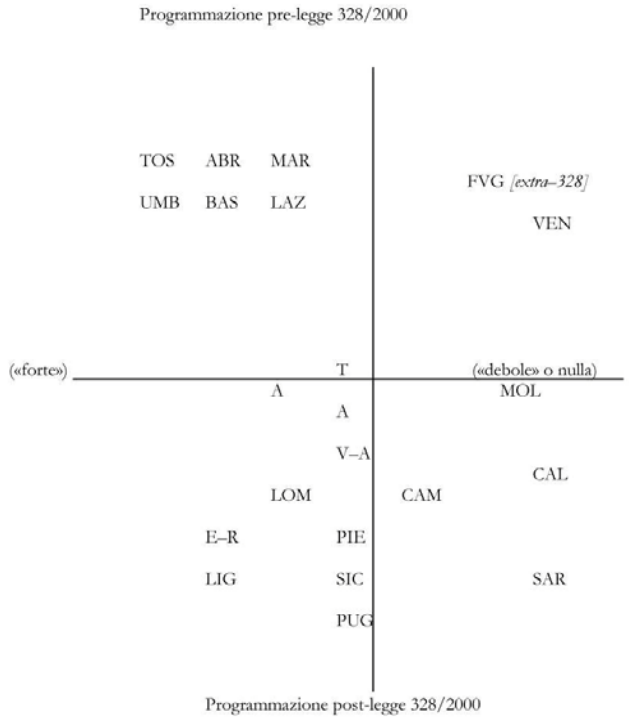


Fonte: Rielaborazione nostra da Beltrametti, 2001, pp. 96-116 (sottolineate le opzioni preferenziate dall'autore); si vedano anche due contributi più recenti in Gori, 2006.

Schema 2 - Timing nella regolazione dei servizi (territoriali e residenziali)

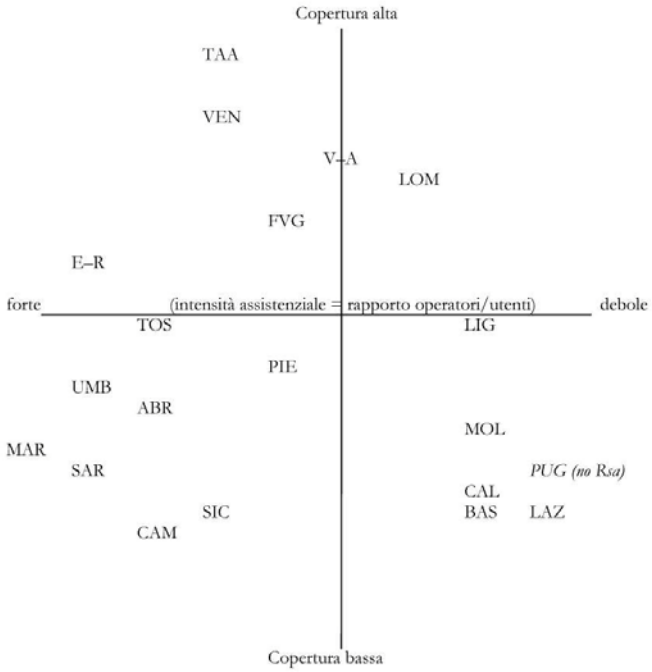


Schema 2bis - Stili di programmazione socio-sanitaria

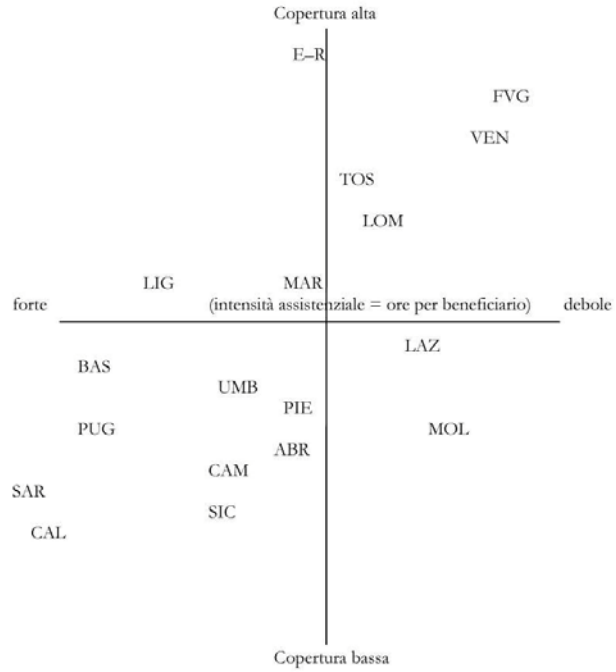


Fonte: Rielaborazione nostra da: Pavolini, 2004, pp. 93-114.

Schema 3 - Copertura e intensità dell'accoglienza residenziale (Rsa)

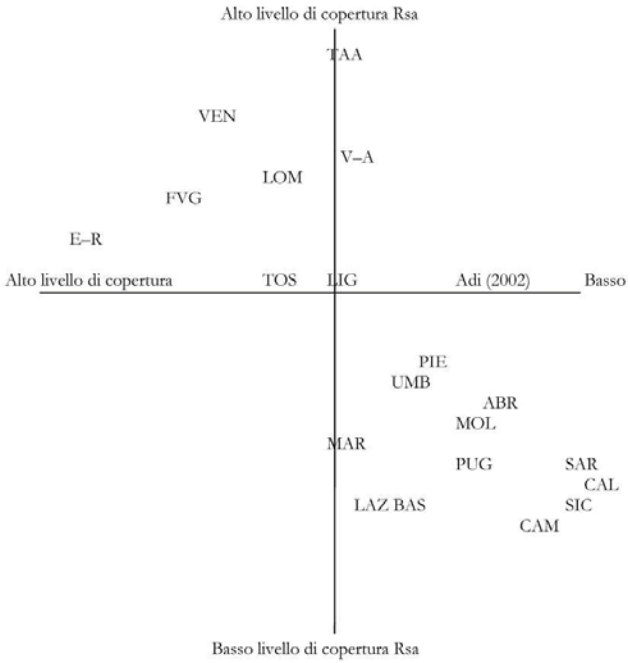


Schema 3bis - Copertura e intensità dell'assistenza domiciliare (Adi)

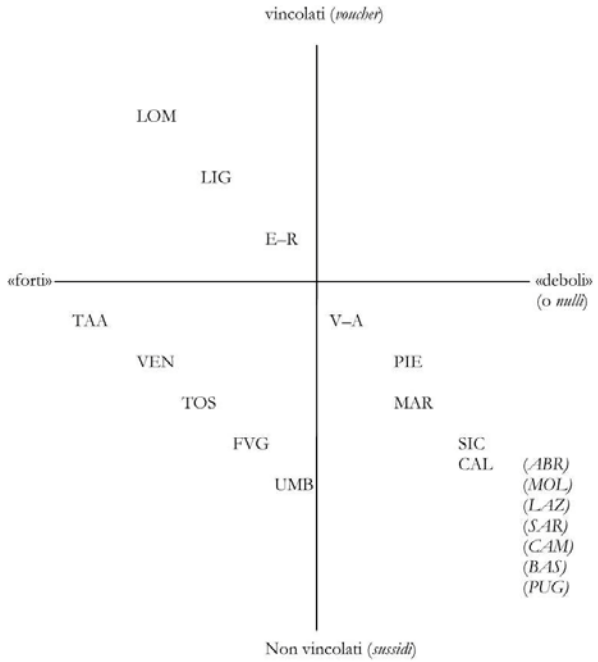


Fonte: Rielaborazione nostra, da: Pavolini, 2004, pp. 149 ss.; contributi più recenti in Gori, 2006.

Schema 4 - Incrocio tra domiciliarietà e residenzialità dei servizi



Schema 4bis - Introduzione di strumenti del mercato sociale



Fonte: Rielaborazione nostra, da: Pavolini, 2004, pp. 149 ss.

Rubriche

L'invenzione delle regioni: riorganizzazione politica e governo territoriale nell'Europa occidentale*

Michael Keating

Il regionalismo è tornato alla ribalta in un momento in cui sta cambiando il significato politico, economico, culturale e sociale di spazio. La politica, l'economia e le politiche pubbliche si stanno in qualche modo de-territorializzando, ma allo stesso tempo assistiamo anche a una ri-territorializzazione. Il «nuovo regionalismo» è il prodotto di questa scomposizione e ricomposizione della cornice territoriale della vita pubblica in conseguenza dei mutamenti che riguardano lo Stato, il mercato e il contesto internazionale. I bisogni funzionali, la riorganizzazione istituzionale e la mobilitazione politica sono tutti fattori che svolgono un ruolo. Oggi il regionalismo, al pari dello Stato-nazione, deve essere inserito nel contesto del mercato internazionale e dell'Unione europea.

1. Cos'è una regione?

Nell'Europa contemporanea il significato politico, economico, culturale e sociale di spazio è in via di trasformazione (Keating, 2008). La politica, l'economia e le politiche pubbliche si stanno in una certa misura de-territorializzando; ma, allo stesso tempo e in modi diversi, assistiamo a una ri-territorializzazione dell'attività economica, politica e di governo.

Le nuove tipologie di regionalismo e di regione sono il prodotto di questa scomposizione e ricomposizione della cornice territoriale della vita pubblica, in conseguenza dei mutamenti che riguardano lo Stato, il mercato e il contesto internazionale. Non vi è una nuova gerarchia territoriale che sostituisca quella vecchia, ma si affermano diverse forme nuove di azione territoriale. Il principio territoriale as-

* Il saggio è una versione aggiornata dall'autore di *The Invention of Regions. Territorial Restructuring and Political Change in Western Europe*, pubblicato nel 1997 in «Environment and Planning C – Government & Policy», vol. 15, pp. 383-98, Pion Limited, Londra (www.envplan.com). Si ringrazia l'autore e la Pion per aver gentilmente concesso il permesso di pubblicazione.

sume una varietà di forme e struttura le relazioni sociali anche quando non dà origine a movimenti politici regionalisti.
La parola «regione» ha una molteplicità di significati ed è delicata e densa di implicazioni dal punto di vista politico, dato che una definizione piuttosto che un'altra di questa entità ha implicazioni per il potere politico e per le politiche pubbliche. La regione è una demarcazione territoriale, ma al suo interno c'è spazio per una varietà di processi funzionali. È anche un sistema istituzionale, o sotto forma di governo regionale o in quanto insieme di istituzioni che operano in un territorio. Può presentarsi come uno degli attori della politica nazionale o estera, in vista della realizzazione di un progetto sociale ed economico. È solo attraverso la congiunzione di queste diverse logiche all'interno di un territorio che possiamo comprendere il fenomeno regionale e la sua importanza. Prima di tutto però dobbiamo analizzare l'affermarsi delle idee di regione e di regionalismo nel corso della storia, e il loro legame con il processo di costruzione della nazione e dello Stato e con il welfare state interventista del dopoguerra. In seguito esamineremo il regionalismo come fenomeno contemporaneo, nel contesto dell'integrazione continentale e dei cambiamenti che hanno interessato lo Stato nell'Europa occidentale.

2. Lo Stato e le regioni

Lo Stato pre-moderno era un sistema differenziato in cui i territori e i gruppi riuniti in corporazioni potevano sottostare a un sovrano comune, ma ciascuno conservava le proprie relazioni specifiche nei confronti del potere centrale (Tilly, 1990; Tilly e Blockmans, 1994) con sovrapposizioni di autorità nella sfera governativa, in quella ecclesiastica e in quella economica. Generalmente lo Stato che si è modernizzato e consolidato nel corso del diciannovesimo secolo aveva poco tempo da dedicare a questi principi o alle regioni, che considerava come ostacoli alla costruzione dell'identità nazionale e di uno Stato efficiente. L'amministrazione burocratica, l'istruzione, i sistemi giuridici unificati e il servizio militare sono stati utilizzati per abbattere barriere territoriali e di altro tipo. Ma in nessun luogo questo sistema ha avuto pieno successo, mentre la gestione del territorio ha continuato a costituire uno dei compiti più impegnativi della politica (Keating, 1988). In Francia, sotto la monarchia, una schiera straordinaria di istituzioni territoriali mediava tra il potere centrale e la società locale, e anche il

regime repubblicano ha dovuto tollerare un sistema in cui gli ordini dello Stato venivano modificati in periferia. L'impero tedesco ha dovuto riconoscere il principio federale e l'autonomia delle unità confederate. Lo Stato spagnolo fu costretto a riconoscere i «*fueros*» baschi (leggi territoriali, *n.d.t.*) fino agli anni '70 dell'Ottocento e anche in seguito ha dovuto concedere ai baschi un regime fiscale speciale. Il Regno Unito era un'unione con una fonte unica di autorità politica, ma in cui la società civile scozzese era differenziata territorialmente e manteneva la propria autonomia.

Generalmente i politici liberali modernizzatori, la sinistra radicale e molti sociologi (come Deutsch, 1996) consideravano questo bisogno di adattarsi alle peculiarità territoriali come una mera fase di transizione verso un mondo di Stati-nazione omogenei. Tuttavia, a partire dagli anni '70 del secolo scorso, quando una nuova ondata di regionalismo ha interessato gli Stati europei, la gestione territoriale cominciò a essere vista come parte della politica ordinaria (Keating, 1988). Le tensioni relative alla costruzione della «nazione» nel diciannovesimo secolo non rappresentarono quindi un processo contingente, legato al momento in cui il vecchio ordine lasciava posto al nuovo, ma un primo segno di quella che sarebbe diventata una caratteristica della politica moderna. Possiamo identificare tre crisi della rappresentanza territoriale, che coincidono con i cambiamenti nelle responsabilità e nella prospettiva dello Stato-nazione e del sistema dei partiti.

La prima si manifestò alla fine del diciannovesimo secolo, con la penetrazione dello Stato burocratico, in via di modernizzazione, all'interno delle società tradizionali. La seconda crisi territoriale ebbe origine con l'introduzione del welfare state nel periodo post-bellico. Dopo la seconda guerra mondiale, e soprattutto a partire dagli anni '60, gli Stati europei iniziarono a prendere in seria considerazione le regioni nell'ambito dei loro progetti di modernizzazione. In Germania la federalizzazione fu imposta dalla pressione degli Alleati, ma la forma fu determinata dalle tradizioni federaliste tedesche. Negli altri Stati europei il regionalismo fu generato dalle necessità funzionali del governo del territorio. Le disparità territoriali hanno resistito alla gestione macroeconomica dell'era keynesiana, e la regione fu scelta come il livello più appropriato per affrontarle. Dalle politiche generali di diversificazione industriale, gli Stati sono passati a interventi più dettagliati nella forma di pianificazione regionale, di poli di sviluppo, di coordinamento e di programmazione. Inoltre gli Stati hanno utilizzato le regioni come cornice per le politiche culturali, con concessioni più o

meno generose alle particolarità culturali di regioni specifiche (ad esempio in Belgio e in Gran Bretagna). In alcuni casi gli Stati hanno utilizzato il decentramento amministrativo e gli organismi con potere decisionale per incrementare l'efficacia e il coordinamento a livello regionale (ad esempio in Francia e nel Regno Unito). I governi francesi che si sono succeduti hanno cercato di rafforzare il potere dei prefetti nel coordinamento territoriale.

Se è vero che le prime politiche regionali ebbero scarso impulso locale, gli Stati iniziarono tuttavia a cercare collaboratori sul territorio che contribuissero a realizzare le politiche di sviluppo regionale e ad assicurare la loro coerenza con i governi locali e con il settore privato. Alcuni Stati speravano di rinnovare la classe politica locale, sia per ragioni di parte sia perché le vecchie élite e le loro sfere di influenza non erano sufficientemente inclini alla modernizzazione. Talvolta gli Stati aggiravano le vecchie élite creando nuove istituzioni regionali. In Italia l'istituzione delle regioni, pur essendo prevista dalla Costituzione, fu posticipata fino al 1970, quando le condizioni politiche nazionali sono diventate più favorevoli (Pastori, 1980).

Questa regionalizzazione modernizzante *top-down* fu rappresentata in modo tecnocratico e ampiamente depoliticizzato, ma presto le sue implicazioni politiche risultarono evidenti. In Spagna la paranoia del regime franchista in materia di regionalismo impedì l'elaborazione di coerenti politiche regionali (Garcia Barbancho, 1979). Nei paesi democratici l'intervento dello Stato servì spesso a destabilizzare i sistemi tradizionali di rappresentanza territoriale. Il processo si politicizzò rapidamente quando le regioni cominciarono a essere contese fra Stato, élite e notabili tradizionali, e le nuove élite favorevoli alla modernizzazione, provenienti dalle regioni stesse. I problemi iniziarono a essere percepiti in prospettiva regionale, e sia la definizione di regione sia il contenuto politico dell'attività regionale diventarono materie di competizione politica. Tale politicizzazione fu ulteriormente rafforzata dalla crescente mobilitazione degli attori all'interno delle regioni stesse.

La confluenza di questi fattori, alla fine degli anni '60 e nel corso degli anni '70, produsse un'ondata di proteste territoriali. Non è questa la sede per esaminare in dettaglio i modi in cui gli Stati rilanciarono l'iniziativa in materia di politica territoriale (vedere Keating, 1988). Diversi Stati riconobbero le dimensioni politiche del regionalismo e passarono dall'amministrazione al governo regionale. Allo stesso tempo adottarono e incoraggiarono i modelli più integrativi di regionalismo; ad esempio in Francia e in Italia il controllo del processo di re-

gionalizzazione fu affidato con successo alle élite territoriali preesistenti, legate allo Stato centrale. L'impeto regionalista fu in buona parte assorbito dai partiti di sinistra, che cercarono ancora una volta di conciliare queste richieste con il loro programma politico per altri versi centralista. Le regioni francesi istituite nel 1972 non si avvalsero di una forte istituzionalizzazione e, fino al 1986, non poterono trasformarsi in governi pienamente locali, eletti in maniera diretta. Nel Regno Unito i progetti di devolution a favore della Scozia e del Galles andarono incontro al fallimento e i consigli per la pianificazione regionale furono aboliti nel 1979. Lo sviluppo istituzionale delle regioni italiane, dopo la legge del 1977 che ne ampliava le funzioni, è stato deludente. In Belgio e in Spagna le pressioni da parte della minoranza nazionalista e dei movimenti linguistici hanno assicurato un progresso continuo verso la regionalizzazione e, quindi, la federalizzazione dello Stato. E tuttavia in Spagna la Legge Loapa del 1981 ha rappresentato un tentativo da parte dello Stato di recuperare potere.
La terza crisi della rappresentanza territoriale, che ha avuto luogo alla fine degli anni '80, è stata accompagnata da una nuova ondata di regionalismo. Questo «nuovo regionalismo» (Keating, 1998) non è più un fenomeno interno agli Stati; il contesto è rappresentato piuttosto dall'Unione europea e dal mercato globale. Il suo impulso si può far risalire a tre tipi di forze: il cambiamento funzionale, la riorganizzazione istituzionale e la mobilitazione politica. Nessuna di queste forze è in grado di spiegare da sola il processo o la forma che assume in luoghi particolari, ma tutte insieme contribuiscono a modellare il significato e le dinamiche del regionalismo.

3. Riorganizzazione funzionale

Talvolta il mercato internazionale, la moderna tecnologia delle comunicazioni e l'individualizzazione della vita sociale sono indicati come responsabili della distruzione del territorio (Badie, 1995). Allo stesso tempo, però, sono questi elementi ad incoraggiare la creazione di nuove forme di spazio (Amin e Thrift, 1994; Keating, 1996). La ristrutturazione economica segue due logiche complementari, una globale e una locale. È guidata da variabili come le decisioni di investimento da parte delle multinazionali e i flussi di capitale internazionale, ma il loro impatto è mediato da fattori locali. La globalizzazione crea una tensione tra la razionalità a-spaziale dell'azienda transnazionale,

con le sue molteplici ramificazioni, la sua capacità di spostare gli investimenti e la razionalità delle comunità, che è circoscritta dal punto di vista spaziale (Keating, 1991). Le aziende, quindi, sfuggono alle influenze territoriali, mentre sono i territori che diventano più dipendenti dalle aziende. Dati i vincoli globali, gli Stati non possono più governare le loro economie spaziali con politiche regionali diversive o attraverso la distribuzione strategica degli investimenti pubblici. Ma lo sviluppo economico e l'inserimento dei territori nell'economia globale dipendono sempre più dalle caratteristiche specifiche dei territori. Così le moderne politiche di sviluppo attribuiscono più importanza alla crescita endogena, al fatto che un ambiente favorevole possa attrarre nuovi investimenti, alla qualità della vita o alla formazione della forza lavoro piuttosto che agli incentivi per gli investimenti assicurati dallo Stato centrale. Gli studiosi hanno riscoperto il distretto industriale, caratterizzato da reti di interdipendenza territoriale (Storper, 1995). Il nuovo paradigma assegna un ruolo importante alla costruzione di identità, di sistemi d'azione fondati sul territorio e alle solidarietà territoriali. Questi nuovi sistemi regionali d'azione si confrontano in maniera più diretta con il mercato internazionale, dal momento che si è attenuato il ruolo di intermediazione dello Stato.

Le regioni, intese come livello di intermediazione in senso sia territoriale sia funzionale, si sono riaffermate come livello chiave nella pianificazione e nella programmazione. A livello regionale sono state spesso costituite agenzie specifiche per lo sviluppo che si occupano di formazione della forza lavoro.

Le regioni possono anche rappresentare la cornice territoriale della politica per la difesa culturale. Inoltre le minoranze linguistiche e culturali tendono a insediarsi nel territorio per creare istituzioni e spazi di comunicazione.

Il welfare state rimane sotto la responsabilità dello Stato nazionale, ma la solidarietà nel territorio è gestita da governi locali. Il declino delle classi e di altre forme di solidarietà sembra incoraggiare la riaffermazione del territorio anche in questa sfera, e la difesa del welfare state assume una forma territoriale nei luoghi in cui esiste una forte identità territoriale. I sistemi di welfare si stanno ristrutturando su molteplici livelli, compreso quello regionale e transnazionale (Ferrera, 2006).

Un altro compito delle regioni è quello di fare intermediazione, in senso sia territoriale sia funzionale. Negli anni '60 organismi come la Coder in Francia (*Commissions développement économique régionale*) e i Repb nel Regno Unito (*Regional economic planning bureau*) furono istituiti per

conciliare gli interessi regionali e quelli del governo centrale. Negli anni '90 è riemerso questo bisogno di programmazione e di coordinamento, che ha spinto anche il governo conservatore inglese a istituire gli *Integrated regional offices* (Uffici regionali integrati). Altrove è stato posto l'accento sulla necessità di creare unità regionali più ampie per affrontare la sfida competitiva del mercato unico europeo.
Questa logica funzionale non è in grado di spiegare da sola la riconfigurazione della politica su base territoriale, né l'istituzionalizzazione delle regioni. A determinare la natura del legame contribuiranno altri fattori come la politica, la tradizione e la cultura. A ridimensionare il ruolo autonomo della politica intervengono considerazioni puramente funzionaliste relative alla riconfigurazione del territorio (Pintarits, 1996), così come fa in maniera diversa il riduzionismo storico messo in campo da Putnam (1993). Una spiegazione adeguata deve dar conto anche della mobilitazione politica e delle strategie degli attori politici.

4. Ristrutturazione istituzionale

La ristrutturazione funzionale dello Stato-nazione ha offerto nuove opportunità al governo territoriale. La maggior parte degli Stati europei ha intrapreso un processo di decentramento allo scopo di favorire la modernizzazione e la razionalizzazione amministrativa. Un tale processo nasce sia come risposta alla pressione delle forze locali e regionaliste, sia come strumento per incrementare l'autonomia dello Stato accrescendo la sua efficacia funzionale e consentendogli di concentrarsi su compiti strategici.
Un'altra forza che agisce in direzione della riorganizzazione istituzionale è l'integrazione europea (Bullman, 1994; Jones e Keating, 1995; Pintarits, 1996). L'integrazione del mercato può accentuare le disparità economiche, privando allo stesso tempo gli Stati degli strumenti tradizionali, come le tariffe e le sovvenzioni, con cui gli Stati avevano cercato di affrontarle (Dunford, 1994). Nel mercato unico le regioni sono in competizione tra loro per gli investimenti e i mercati interni, mentre le politiche dell'Unione europea hanno effetti differenziali sulle regioni stesse. Nei primi anni l'integrazione europea era utilizzata per giustificare l'accentramento dei poteri nelle mani dei governi centrali, in base all'assunto secondo il quale le materie comunitarie erano affari esteri e quindi di competenza esclusivamente centrale. Le regio-

ni più deboli tendevano a rimanere fedeli allo Stato centrale, temendo gli effetti dell'integrazione del mercato e dello smantellamento delle misure protezionistiche. Oggi il passaggio dalla resistenza alla partecipazione costruttiva è giunto a termine. La politica regionale dell'Unione europea, nata negli anni '70 come un mero meccanismo di trasferimento tra gli Stati, si è trasformata negli anni '80 in uno strumento di politica vera e propria (Hooghe e Keating, 1994; Marks, 1992). Anche se gli attori principali sono ancora gli Stati, questi interventi dell'Unione europea nelle regioni hanno favorito la mobilitazione sul territorio (Hooghe, 1996).

Il nuovo contesto europeo e internazionale ha avuto effetti importanti sulla rappresentazione dell'identità regionale, estraendola dalla cornice dello Stato e favorendo un processo di imitazione e di apprendimento fra le regioni. L'identità regionale si forgia attraverso il confronto e il suo contenuto è cambiato. La competizione interna all'Europa ha consolidato le identità e le solidarietà regionali.

5. Mobilitazione regionale

La costruzione delle regioni è il risultato della confluenza tra questi processi di riorganizzazione funzionale e istituzionale e la mobilitazione politica all'interno delle regioni stesse.

Un tempo il regionalismo era visto come reazione conservatrice allo Stato moderno. Nel diciannovesimo secolo la Francia fu spesso accusata di essere reazionaria e antirepubblicana (Mény, 1982). In una fase iniziale il movimento basco chiedeva un ritorno ai *fueros*, basati su convenzioni e autorità di tipo tradizionale. Nel ventesimo secolo i Cristiano-democratici erano convinti che il regionalismo fosse servito a conciliare tradizione e modernità, grazie al principio della sussidiarietà. Ma anche alla fine del diciannovesimo secolo il regionalismo conservatore era bilanciato dai movimenti regionalisti che enfatizzavano i temi del progresso, della democrazia, della riforma dello Stato e dell'eguaglianza: ne sono esempi l'effimero *Félibrige Rouge* in Francia, i movimenti riformatori in Scozia (Keating e Bleiman, 1979) e in Galles, il *Meridionalismo* di Dorso e di Salvemini (Galasso, 1978).

Dopo la seconda guerra mondiale il regionalismo fu sostenuto da elementi modernizzatori, o *forces vives*, tra i quali vi erano manager privati, pianificatori del settore pubblico e professionisti. Più di recente il regionalismo è emerso in regioni prospere, impegnate nello sforzo di

modernizzare lo Stato o, se non ci riescono, di liberarsi da quest'ultimo e dalle regioni meno produttive. Un esempio storico può essere rappresentato dal movimento catalano nella sua fase «regionalista», alla fine del diciannovesimo secolo. Un esempio dei nostri giorni, invece, può essere rintracciato nel «regionalismo borghese» (Harvie, 1994) dei *Länder* tedeschi, come il Baden-Wurttemberg, in quello delle Fiandre o della Catalogna contemporanea, con i loro legami con i «Quattro motori dell'Europa». In Italia la Lega Nord fa leva sul freno per le prospettive dell'Italia del Nord rappresentato dalla necessità di farsi carico del Mezzogiorno e dell'apparato dello Stato (Biorcio, 1997).

Negli anni '60 apparve sulla scena un nuovo regionalismo legato alla nuova sinistra libertaria, ai movimenti ecologici e alle battaglie popolari contro la chiusura degli impianti. Questo regionalismo si ispirava alle prime idee gramsciane e ai movimenti contemporanei di liberazione nazionale, e poneva l'accento sullo sviluppo diseguale e sul colonialismo interno (Lafont, 1967). Gli stessi movimenti socialdemocratici contenevano al loro interno una corrente regionalista storica, anche se per molti anni fu subordinata alle necessità legate alla costituzione dello Stato giacobino e alla gestione centralizzata dell'economia e della società. A partire dagli anni '60 questa corrente ha avuto una lenta espansione. Tuttavia la conversione dei partiti socialdemocratici al regionalismo ha dovuto attendere che il vecchio modello socialdemocratico di gestione centralizzata dello Stato naufragasse sotto l'impatto della globalizzazione.

È dalla dialettica tra questi differenti regionalismi e lo Stato che si forma il regionalismo politico. Vi sono regionalismi integrativi, che ricercano l'assimilazione dei loro territori all'interno della nazione; vi sono regionalismi autonomisti, che ricercano lo spazio per un'azione indipendente; e vi sono regionalismi disgregativi, che ricercano una maggiore autonomia o anche la separazione. Le regioni povere si sono spesso orientate a favore del centralismo, specie se accompagnato da buone corsie di accesso allo Stato centrale. Negli anni '90, ad esempio, le regioni spagnole dell'Andalusia e dell'Estremadura potevano godere di legami privilegiati con il governo socialista di Madrid. Quando le regioni ricche dominano uno Stato centrale tendono anch'esse a diventare centraliste, come nel caso della Francia e del Regno Unito. Al contrario le regioni ricche che non sono politicamente dominanti, come la Lombardia o la Catalogna, tendono a essere favorevoli al decentramento. Movimenti «nazionalisti» sono presenti in alcuni territori

storici dell'Europa, anche se non è sempre chiara la differenza tra nazionalismo e regionalismo (Keating, 1996).
Dopo gli anni '60 il regionalismo si è generalmente spostato a sinistra, anche se vi sono alcune eccezioni come i Cristiano-democratici del partito catalano Ciu (*Convergència i Unió*, *n.d.t.*) e il populismo di destra della Lega Nord. Oggi il regionalismo, più che essere associato con la reazione e la resistenza alla modernizzazione, tende a essere considerato come una forma di maturazione democratica (Sharpe, 1993) e di modernizzazione sociale. La relazione tra classe sociale e territorio è cambiata per effetto dell'internazionalizzazione del capitale, mentre il lavoro si è sempre più ripiegato su una resistenza localizzata, tant'è vero che oggi i movimenti del lavoro guardano al regionalismo con maggior favore. Le aziende hanno un atteggiamento ambivalente, apprezzando, da un lato, i vantaggi funzionali di una politica a dimensione regionale ma temendo, dall'altro, il governo regionale nel suo tentativo di regolare il mercato del lavoro e di imporre nuovamente quegli oneri sociali che erano riuscite a far ridurre ai livelli nazionale ed europeo.
L'Europa occidentale assiste quindi a una ricomposizione dello spazio politico, in cui le regioni stanno emergendo in due direzioni diverse. Sono arene politiche, nelle quali si incontrano attori politici, sociali ed economici e si discutono i problemi, in particolare quelli legati allo sviluppo economico. Allo stesso tempo si stanno qualificando come attori della politica nazionale, e ora anche europea, che perseguono i loro interessi specifici. Tuttavia non possiamo semplicemente parlare di regioni che emergono o riemergono. La regione non è un'entità naturale ma è una costruzione sociale, con un dato territorio, uno spazio politico e un sistema di istituzioni di governo (Agnew, 1987; Balme e al., 1994).

6. Le regioni come territori

Lo spazio regionale può essere definito in negativo, come intermediario fra Stato e governo locale. Dove vi è una tradizione di governo municipale forte e autonomo in associazione con uno Stato unitario, come nei Paesi Bassi o nei paesi scandinavi, resta poco spazio per le regioni. In altri luoghi le regioni possono esistere su molteplici livelli territoriali. Vi sono regioni metropolitane, unificate da un nucleo urbano centrale, da legami economici, da un sistema di trasporti e da

un'interdipendenza funzionale. Vi sono regioni su scala provinciale, che riproducono lo Stato nella sua interezza. Alcune coprono vaste aree, mentre altre sono unità storiche di minore entità. Anche all'interno dello stesso paese, le regioni possono esistere su differenti livelli. In Germania vi sono i *Flächenstaaten* (Stati estesi, *n.d.t.*, che vanno dalla Vestfalia-Renania del Nord alla regione della Saar) e gli *Stadtstaaten* (Città-Stato, *n.d.t.*) di Amburgo, Brema e Berlino. In Spagna vi sono regioni estese come la Catalogna e l'Andalusia e semplici province convertite in comunità autonome, come La Rioja e la Cantabria. In Europa vi è il sistema Nuts (Nomenclatura delle unità territoriali per le statistiche), con tre livelli, che però sono solo aggregazioni di unità nazionali, mentre per applicare le sue politiche regionali l'Europa ricorre a una gamma di unità territoriali (Hooghe e Keating, 1994).

7. Le regioni come spazio politico

La regione è uno spazio politico – non necessariamente coincidente con le istituzioni di governo – che costituisce un'arena per il dibattito politico, una cornice in cui valutare problemi e proposte e uno spazio riconosciuto dagli attori come livello nel quale possono essere assunte decisioni legittime. Prima del 1999 la Scozia costituiva uno spazio politico, con un dibattito interno e una propria agenda politica, nonostante non avesse autonomia politica. Le regioni francesi e italiane, pur avendo governi eletti, non sono spazi politici ma rappresentano piuttosto un sistema di connessioni in un sistema nazionale o federazioni di unità locali. I *Länder* tedeschi, le regioni belghe e le comunità autonome spagnole (in particolare le tre nazionalità storiche) sono sia spazi politici sia regioni che si auto-governano.

La costituzione di uno spazio politico dipende da una serie di fattori. Uno di questi è il senso di identità, che può essere il prodotto della solidarietà etnica o linguistica, oppure della cooperazione istituzionale e civica. In tutto ciò vi è una dimensione storica, ma anche in nazioni storiche come la Catalogna e la Scozia è tuttora in atto un processo di costruzione della nazione per adattare le identità storiche alle necessità del mondo contemporaneo. In altre regioni, ad esempio la Bretagna, la tradizione storica si adatta con maggiore difficoltà. Nei *Länder* tedeschi, costituiti in gran parte dopo la seconda guerra mondiale, il senso di identità è stato forgiato dalle istituzioni politiche. Un processo analogo si può osservare in Francia, dove i responsabili politici hanno

utilizzato le istituzioni per costruire un senso di identità regionale fortemente connesso ai temi della modernizzazione e all'Europa (Dupoirier, 1996). In Italia al forte senso di identità locale fa riscontro una minore identificazione con le regioni intese in senso amministrativo, anche tra gli stessi sostenitori della Lega Lombarda. Molto dipende anche dalla composizione della società civile regionale (vedere più avanti).

Il sistema dei partiti svolge un ruolo importante nella costruzione dello spazio politico. Dove vi sono partiti separati, o dove i partiti nazionali si adattano alla situazione locale, come in Catalogna, nei Paesi Baschi, in Scozia o in Corsica, le questioni politiche e il dibattito politico possono essere regionalizzati. Le élite politiche del Belgio hanno fatto pressioni a favore della regionalizzazione, fino a chiedere la federalizzazione, per incrementare il proprio status e il proprio potere, provocando la divisione del sistema partitico. In Francia il sistema dei partiti non è regionalizzato, con l'eccezione della Corsica. In Italia, nel precedente regime della *partitocrazia*, le strutture regionali dei partiti avevano meno forza rispetto alle strutture provinciali (Dente, 1985). In Spagna, invece, le élite politiche regionali stanno accrescendo la loro influenza all'interno dei partiti nazionali. Nell'Italia della «Prima Repubblica» il comportamento elettorale era marcatamente regionalizzato, e lo è stato sempre di più nel corso degli anni '80. Ma il territorio serviva come risorsa nei legami clientelari con il centro piuttosto che come base per un regionalismo o un autonomismo politico. La Lega Nord ha esplicitamente introdotto i temi regionalisti nel dibattito politico italiano e ha sfidato le basi territoriali del potere centralizzato. Da allora ha oscillato tra rivendicazionismo regionale e populismo generalizzato (Schmidtke, 1993; Biorcio, 1997).

Un ruolo importante è svolto anche dal sistema elettorale regionale, mentre l'esistenza di media regionali è un altro elemento che favorisce la costruzione di uno spazio politico regionale. Senza dubbio l'esistenza di questioni regionali distinte favorisce un dibattito focalizzato sulla regione, ma in alcuni territori anche i problemi di competenza del governo centrale e dell'Unione europea sono percepiti in maniera diversa. Infine le regioni possono essere utilizzate dai nuovi movimenti sociali, sia perché i loro interessi sono legati al territorio, sia perché la regione rappresenta un'arena di tipo nuovo, e quindi non è ancora colonizzata dai movimenti politici esistenti. Un esempio evidente di questa fattispecie è il movimento ambientalista.

8. Il governo regionale

In alcuni casi la regione non è altro che l'amministrazione decentrata dello Stato centrale. Nel Regno Unito le amministrazioni territoriali presenti in Scozia, Galles e Irlanda del Nord facevano parte del governo centrale fino al 1999 ed erano guidate da ministri nazionali. In Francia il sistema di amministrazione regionale dello Stato coesiste con quello dei consigli regionali. Una forma di amministrazione regionale è quella funzionale, guidata dai bisogni funzionali che abbiamo identificato piuttosto che dalla spinta politica proveniente dal basso, e che in genere consiste in rappresentanze ad hoc isolate dalle pressioni politiche locali. Questo modello è particolarmente frequente quando si tratta di questioni legate allo sviluppo economico, e consente di separare la strategia di sviluppo dalle politiche distributive. Una variante è costituita dalla rappresentanza tripartita, formata da governo, imprese e sindacati, in una forma generalmente debole di «corporativismo regionale». Le rappresentanze regionali possono anche stabilirsi là dove vi è una lacuna nella copertura istituzionale o funzionale dello Stato. In questo spazio libero, dove non vi è né controllo burocratico gerarchico né controllo orizzontale da parte dei governi eletti, possono affermarsi gli interessi corporativi, come è avvenuto nelle regioni inglesi negli anni '60 e '70 (Hogwood e Keating, 1982). Gli Stati possono anche assegnare funzioni di politica sociale alle regioni per isolare tali funzioni dalle pressioni politiche, in particolare su terreni in cui è difficile controllare le spese, come i servizi sanitari (Sharpe, 1993). Tuttavia queste strutture ad hoc si sono rivelate instabili e, quando le questioni di politica regionale hanno finito per politicizzarsi, sono state abolite (come in Inghilterra nel 1979 e ancora nel 2008) oppure sono state trasformate in governi regionali soggetti a elezione (come in Francia, Italia e Belgio).

La forma più forte di governo regionale è il federalismo, che trova applicazione in Germania, Austria, Belgio e Svizzera. Anche la Spagna potrebbe evolvere in una direzione federalista (Moreno, 1997). In questi casi le competenze sono riconosciute costituzionalmente e le unità federate partecipano alla politica nazionale attraverso le Camere Alte o la cooperazione istituzionalizzata. Ci sono poi sistemi di regionalismo forte, come nella Spagna odierna (con la formula dell'*Estado de las Autonomías*), nelle parti del Regno Unito interessate dalla devoluzione dei poteri e, con passaggi graduali, in Italia. In Francia vi sono regioni più deboli, con competenze e autonomia limitate. Esiste anche

la formula della regionalizzazione asimmetrica, adottata da alcuni Stati unitari per rispondere alle richieste di territori specifici mantenendo allo stesso tempo una costituzione unitaria. Italia e Francia hanno regioni a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Val d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Corsica). Nel Regno Unito l'Irlanda del Nord, la Scozia e il Galles hanno governi speciali con devoluzione di poteri.

9. L'invenzione delle regioni

L'istituzionalizzazione delle regioni non dipende solo dal loro status costituzionale ma anche dal contesto istituzionale. I governi municipali, quando sono forti o garantiti costituzionalmente, si presentano come competitori istituzionali. In Francia le regioni devono affrontare la concorrenza dei dipartimenti e delle grandi città, che hanno beneficiato più di tutti del programma di decentramento degli anni '80. C'è rivalità tra la *Generalitat de Catalunya* e la città di Barcellona. In Italia le regioni hanno avuto molte difficoltà a inserirsi nello spazio residuo tra comuni, province e Stato (Cassese e Torchia, 1993). In Scozia, su un altro versante, il governo municipale è una creatura della devoluzione dei poteri a livello scozzese. Nonostante l'europeizzazione delle regioni, le tradizioni dello Stato svolgono ancora un ruolo importante. In Francia, Italia, Spagna e Regno Unito le forti tradizioni centralistiche affondano le radici nella pratica politica e nella burocrazia dello Stato. Vi è certamente una base territoriale di potere, soprattutto in Francia, ma non si tratta tanto di potere autonomo quanto di una risorsa da utilizzare nella politica nazionale. In Francia le regioni devono coesistere con un'amministrazione parallela dello Stato, con il quale ripartiscono le competenze. In Italia lo Stato possiede importanti competenze parallele e ha continuato a legiferare in modo particolareggiato su materie di responsabilità regionale, anche se non sono mancati i tentativi di regolare questa pratica. Lo stesso è avvenuto in Spagna (Losada e Maíz, 2005).

In Germania, al contrario, il governo nazionale non prevede un'amministrazione territoriale, se non su sfere rigidamente definite, e dipende quindi dai *Länder* per l'amministrazione delle politiche sia nazionali sia regionali. Secondo la tradizione tedesca le politiche pubbliche sono oggetto di negoziazione tra il governo federale e i *Länder*. Questi ultimi conservano un importante grado di autonomia per quanto riguarda i dettagli dell'amministrazione.

Le regioni rappresentano un livello intermedio, sia dal punto di vista territoriale sia da quello funzionale. Il loro potere dipende dalla capacità di integrare vari livelli di azione, e dalla loro conoscenza e capacità di gestire le reti e i processi decisionali (Balme, 1996; Le Gales, 1997). Le regioni possono posizionarsi strategicamente in relazione a questi ultimi, oppure possono essere marginalizzate. Il potere di integrazione dipende anche dalla presenza, a livello regionale, di partner nella società civile. In effetti sembrano emergere comunità politiche territoriali, nelle quali i gruppi adottano una nuova cornice spaziale per discutere i problemi, per ristrutturare le loro organizzazioni e per avviare un dialogo sociale orizzontale. Dove sono presenti organizzazioni regionali dei datori di lavoro o dei sindacati sono possibili forme di azione concertate, anche se la debolezza degli attori può rendere impossibile l'affermazione di un forte corporativismo regionale (Anderson, 1992; Streeck e Schmitter, 1991).
Le regioni necessitano di risorse per realizzare le loro politiche, ma anche di un margine di libertà per stabilire come ripartirle. Il potere di aumentare le tasse consente loro una certa libertà se si è in presenza di un'ampia base fiscale. In caso contrario la libertà di imporre le tasse non fa che rafforzare la loro dipendenza dal mercato, poiché sono obbligate a mantenere la base fiscale attirando investimenti. Per le regioni non è indispensabile disporre di grandi risorse finanziarie. I grandi budget possono anche essere una fonte di debolezza se sono accompagnati da pesanti oneri amministrativi, ed espongono le regioni alle pressioni dei beneficiari. Il potere di integrare dipende spesso dalla capacità di ottimizzare le risorse e di influenzare altri attori.

10. Le regioni come società civile

Le regioni non esistono solo come entità di governo; esse possono anche costituire un punto di riferimento per l'organizzazione della società civile. I due aspetti sembrano essere connessi tra loro alla luce del fatto che il governo regionale funziona meglio in presenza di una forte società civile, di un senso di identità, di tradizioni civiche, di una vita associativa e di rapporti di fiducia e di scambio all'interno del territorio (Putnam, 1993; Putnam e al., 1985). Le origini di questa società civile e i meccanismi con cui viene tramandata nel corso della storia sono poco chiari. È ovvio che le condizioni per l'istituzionalizzazione delle regioni sono migliori in alcuni luoghi piuttosto che in altri. Tut-

tavia c'è sempre un margine di manovra per i politici che vogliano intraprendere nuovi sistemi d'azione. Nel Galles la vecchia identità potrebbe essere sostituita da una nuova, più orientata allo sviluppo economico e all'inserimento del territorio in Europa piuttosto che alle vecchie questioni storiche e culturali (Jones, 1997). In Vallonia la costruzione di un senso di identità e di un movimento politico è iniziata dopo la seconda guerra mondiale (Hooghe, 1996; Wils, 1996).

In alcuni territori le istituzioni e le pratiche importanti ai fini della formazione dell'identità e della rappresentanza – ad esempio gli organismi sportivi e ricreativi, le attività culturali – sono regionalizzate. I gruppi d'interesse possono essere regionalizzati, favorendo l'inserimento in una cornice territoriale (vedere sopra) degli interessi settoriali o di altro genere. L'identità e l'organizzazione regionale non attenuano necessariamente il conflitto di classe, come molti a sinistra temevano. Al contrario, i datori di lavoro e i sindacati con una base organizzativa territoriale possono aggiungere la dimensione territoriale alle loro richieste. Gli interessi di classe, riconoscendo le nuove opportunità create dall'apertura della politica territoriale, possono a loro volta essere incoraggiati a inquadrare la loro azione in una dimensione regionale. Ancora una volta, dunque, è in atto un processo dinamico in cui l'identità viene creata dall'azione e ciò a sua volta rafforza l'identità.

La regione è una costruzione che, come abbiamo visto in precedenza, è fatta di storia e di dimensioni. Quando questi due elementi coincidono possiamo parlare di regionalismo forte, nel quale le istituzioni politiche sono in grado di sviluppare una cultura e un'identità distinte e di sfruttare una razionalità funzionale. In altri casi la regione può prendere la forma del sistema economico, quella dell'unità funzionale o quella del sistema istituzionale. In questi casi la costituzione della regione non solo è problematica, ma può essere soggetta al conflitto politico e sociale. In altri casi ancora l'azione politica e sociale può essere largamente de-territorializzata, e allora diventa davvero difficile parlare di regione.

11. Autonomia regionale

In questa ricostruzione dello spazio politico le regioni possono costituirsi come attori in grado di rappresentare interessi specifici. Tradizionalmente l'autonomia regionale era considerata come una questio-

ne di relazioni bilaterali tra regioni e Stato in un gioco a somma zero. Oggi il gioco è diventato più complicato, dal momento che lo spazio regionale è stato amplificato dal cambiamento economico e politico.

In primo luogo l'Unione europea ha aperto un terzo livello di azione politica (Bullman, 1994) e ha avviato una serie di relazioni triangolari tra regioni, Stati e organi decisionali dell'Unione europea (Jones e Keating, 1995; Petschen, 1993). Le regioni cercano di influenzare le politiche dell'Unione europea attraverso il contatto diretto, utilizzando la loro influenza all'interno dei singoli Stati, attraverso l'attività di *lobbies* interregionali, attraverso la partnership istituita dalla Commissione per la realizzazione delle politiche regionali europee, agendo nell'ambito delle nuove reti create dalle attività dell'Ue (Engel, 1994; Keating e Hooghe, 2004). A un certo momento alcune regioni hanno creduto che fosse possibile compensare la perdita di influenza nella politica nazionale stabilendo legami diretti con la Commissione, e aggirando in questo modo lo Stato-nazione. L'evidenza tuttavia dimostra che sono proprio le regioni meglio integrate nei circuiti nazionali di influenza quelle che esercitano maggiore influenza a Bruxelles. Le risorse di potere sono cumulative e non è facile per le regioni sostituire le une con le altre. L'Europa comunque ha aperto le politiche territoriali a nuove influenze, rendendo sempre più europeizzata la politica regionale, mentre la politica nazionale si è ad un tempo europeizzata e regionalizzata. Le regioni sono impegnate in complessi sistemi di paradiplomazia, poiché sono in cerca di mercati e di tecnologia, di riconoscimento e di diffusione delle proprie culture, e si sforzano dunque di elevare il proprio profilo politico. I ruoli e le relazioni tradizionali si sono modificati in modo significativo (Hocking, 1997) e, ancora una volta, l'autonomia non è più una questione di scambio bilaterale.

Un secondo elemento è la relazione tra regione e mercato. In un'economia aperta le regioni dipendono dal mercato globale e continentale per quanto riguarda gli investimenti, i mercati e le risorse. Il paradosso del decentramento istituzionale sta nel fatto che alla maggiore autonomia delle regioni dallo Stato corrisponde una minore protezione delle regioni dal mercato. Al momento attuale neppure gli Stati possono vantare una reale indipendenza; piuttosto si può parlare di strategie per gestire l'interdipendenza. La relazione con il mercato varia notevolmente da una regione all'altra a seconda delle risorse, della capacità di attirare investimenti, del livello di sviluppo economico e delle risorse tecnologiche e umane.

In questo nuovo contesto le regioni devono essere considerate non come semplici istituzioni di governo, ma come sistemi d'azione (Balme, 1996. Piuttosto che parlare di autonomia regionale in chiave di relazione bilaterale, o anche trilaterale o multilaterale, è preferibile parlare di capacità di governo a livello territoriale (Keating, 1991; 1998), cioè di capacità di formulare e mettere in opera un progetto sociale e di sviluppo. La natura di tale progetto varia da una regione all'altra in base all'equilibrio tra le forze sociali, enfatizzando in misura diversa la crescita competitiva, la solidarietà sociale, la cultura o l'autonomia. Nelle regioni con forti governi regionali, dove è presente un ampio spazio politico e funzionale e capacità di prendere decisioni valide, la leadership del progetto può essere assunta dalle forze politiche. Altrove la leadership può essere determinata da una combinazione tra pressioni interne, da parte di aziende, sindacati, movimenti sociali, e vincoli esterni. In alcuni casi limitati il contesto esterno può essere anche determinante, e non lasciare alcuno spazio alle politiche regionali.

12. Conclusioni

In un mondo in cui il legame fra territorio e potere politico si è attenuato e il potere è disperso in reti e sfere di autorità multiple si sarebbe tentati di evocare la «fine del territorio». Ma il territorio è in fase di re-invenzione e lo Stato europeo è in via di riorganizzazione; e mentre si stanno forgiando nuove identità collettive, stanno emergendo nello Stato e nella società civile nuovi sistemi di azione collettiva. In alcuni casi emergono regioni potenti, con istituzioni politiche e un'esuberante società civile territoriale, dove il principio regionale impone un ordine territoriale e struttura le relazioni sociali. Le regioni si costituiscono come attori per intervenire nei nuovi e complessi sistemi di produzione e di distribuzione. In altri casi sono le grandi città a svolgere questo ruolo. Altrove possono continuare a esistere Stati forti, seppure in competizione con i nuovi poteri territoriali e settoriali e infiltrati da questi ultimi. Vi sono infine territori in cui manca la capacità di imporre una logica territoriale che sono disgregati o ridotti a dipendere dallo Stato e dal mercato internazionale. O il territorio diventa l'anello di una catena di relazioni di dipendenza, come nei vecchi sistemi clientelari dell'Italia o della Spagna sotto la Restaurazione, oppure il territorio, in quanto elemento dell'organizzazione sociale, viene completamente distrutto. L'invenzione delle regioni, dunque, è un

processo discontinuo e parziale, non è un'onda che attraversa l'Europa e che trasforma l'architettura dei sistemi politici in maniera uniforme. Non ci sarà pertanto un'Europa delle regioni, se con questa espressione s'intende una nuova gerarchia territoriale in linea con il vecchio sistema Stato-centrico.

Tutto ciò pone una serie di questioni normative. Un'Europa regionalizzata può diventare più diseguale, dal momento che le regioni sfruttano il loro vantaggio competitivo nel mercato e nell'arena politica. La politica, confinata nelle reti che abbracciano settori pubblici e privati, lo Stato e l'arena continentale potrebbero allontanarsi sempre più dalla legittimazione democratica che continua a essere organizzata su base territoriale. La solidarietà sociale, che resta radicata nello Stato-nazione, potrebbe allontanarsi dalla politica dello sviluppo competitivo e finire così per essere ridimensionata. È impossibile tuttavia reinventare il vecchio Stato-nazione; la riorganizzazione territoriale è andata troppo oltre e risponde a forze economiche e sociali molto potenti. Si tratta piuttosto di esplorare il bisogno di nuove forme di responsabilità democratica e di integrazione politica nel nuovo ordine territoriale.

Riferimenti bibliografici

Agnew J., 1987, *Place and Politics: The Geographical Mediation of State and Society*, Allen & Unwin, Londra.

Amin A. e Thrift N., 1994, *Living in the global*, in Amin A. e Thrift N. (a cura di), *Globalization, Institutions, and Regional Development in Europe*, Oxford University Press, Oxford.

Anderson J., 1992, *The Territorial Imperative: Pluralism, Corporatism and Economic Crisis*, Cambridge University Press, Cambridge.

Badie B., 1995, *La fin des territoires: Essai sur le désordre international et sur l'utilité sociale du respect*, Fayard, Parigi.

Balme R., 1996, *Introduction: pourquoi le gouvernement change-t-il d'échelle?*, in Balme R. (a cura di), *Les politiques du néo-régionalisme*, Economica, Parigi.

Balme R., Garraud P., Hoffman-Martinot V. e Ritaine E., 1994, *Le territoire pour politiques: variations européennes*, l'Harmattan, Parigi.

Biorcio R., 1997, *La Padania promessa*, Il Saggiatore, Milano.

Bullman U. (a cura di), 1994, *Die Politik der dritten Ebene: Regionen im Europa der Union*, Nomos, Baden-Baden.

Cassese S. e Torchia L., 1993, *The meso level in Italy*, in Sharpe L.J. (a cura di), *The Rise of Meso Government in Europe*, Sage, Londra.

Dente B., 1985, *Governare la frammentazione*, Il Mulino, Bologna.

Deutsch K., 1996, *Nationalism and Social Communication. An Inquiry into the Foundations of Nationality*, Mit Press, Cambridge, Ma.

Dunford M., 1994, *Winners and Losers: The New Map of Economic Inequality in the European Union*, «European Urban and Regional Studies», n. 1, pp. 95-114.

Dupoirier E., 1996, *Identité régionale et identité européene dans l'opinion*, in *L'identité des régions en France et en Europe: actes de la Journée d'etude organisée par l'Observatoire interrégional du politique et la Region Midi-Pyrénées*, Tolosa.

Engel C., 1994, *Regionen im Netzwerk europaischer Politik*, in Bullman U. (a cura di), *Die Politik der dritten Ebene: Regionen im Europa der Union*, Nomos, Baden-Baden.

Ferrera M., 2006, *The New Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

Galasso O., 1978, *Passato e presente del meridionalismo*, Guida, Napoli.

Garcia Barbancho A., 1979, *Disparidades regionales y ordenación del territorio*, Ariel, Barcellona.

Harvie C., 1994, *The Rise of Regional Europe*, Routledge, Londra.

Hocking B., 1997, *Regionalism: An International Relations Perspective?*, in Keating M. e Loughlin J. (a cura di), *The Political Economy of Regionalism*, Frank Cass, Londra.

Hogwood B. e Keating M. (a cura di), 1982, *Regional Government in England*, Clarendon Press, Oxford.

Hooghe L. (a cura di), 1996, *Cohesion Policy and European Integration: Building Multi-level Governance*, Clarendon, Oxford.

Hooghe L. e Keating M., 1994, *The Politics of EU Regional Policy*, «Journal of European Public Policy», n. 1, pp. 368-393.

Jones B., 1997, *Wales: A Developing Political Economy*, in Keating M. e Loughlin J. (a cura di), *The Political Economy of Regionalism*, Frank Cass, Londra.

Jones B. e Keating M. (a cura di), 1995, *The European Union and the Regions*, Clarendon Press, Oxford.

Keating M., 1988, *State and Regional Nationalism: Territorial Politics and the European State*, Harvester-Wheatsheaf, Brighton.

Keating M., 1991, *Comparative Urban Politics: Power and the City in the United States, Canada, Britain and France*, Edward Elgar, Aldershot.

Keating M., 1996, *The Political Economy of Regionalism*, in Keating M. e Loughlin J. (a cura di), *The Political Economy of Regionalism*, Frank Cass, Londra.

Keating M., 1998, *The New Regionalism in Western Europe. Territorial Restructuring and Political Change*, Edward Elgar, Aldershot.

Keating M., 2008, *Thirty Years of Territorial Politics*, «West European Politics», vol. 31, n. 1-2, pp. 60-81.

Keating M. e Bleiman D., 1979, *Labour and Scottish Nationalism*, Macmillan, Londra.

Keating M. e Hooghe L., 2004, *By-passing the Nation State? Regions in the EU Policy Process*, in Richardson J.J. (a cura di), *European Union: Power and Policy*, 3ª ed., Routledge, Londra.

Lafont R., 1967, *La revolution régionaliste*, Gallimard, Parigi.
Le Galès P., 1997, *Conclusion: gouvernement et gouvernance des regions: faiblesses structurelles et nouvelles mobilisations*, in Le Galès P. e Lequesne C. (a cura di), *Les paradoxes des Régions en Europe*, La Découverte, Parigi.
Losada A. e Maiz R., 2005, *Devolution and Involution: De-Federalization Politics through Educational Policies in Spain (1996-2004)*, «Regional and Federal Studies», vol. 15, n. 4, pp. 437-53.
Marks G., 1992, *Structural Policy in the European Community*, in Sbragia A. (a cura di), *Euro-politics: Institutions and Policymaking in the «New» European Community*, Brookings, Washington.
Mény Y., 1982, *Introduction*, in Mény Y. (a cura di), *Dix ans de régionalization en Europe: bilan et perspectives*, Cujas, Parigi.
Moreno L., 1997, *La federalización de España: poder politico y territorio*, Siglo XXI de España, Madrid.
Pastori G., 1980, *Le regioni senza regionalismo*, «il Mulino», vol. 268, n. 2, pp. 204-216.
Petschen S., 1993, *La Europa de las regiones*, Generalitat de Catalunya, Barcellona.
Pintarits S., 1996, *Macht, Demokratie und Regionen in Europa*, Metropolis, Marburg.
Putnam R., 1993, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton.
Putnam R., Leonardi R. e Nanetti R., 1985, *La pianta e le radici: il radicamento dell'istituto regionale nel sistema politico italiano*, Il Mulino, Bologna.
Schmidtke O., 1993, *The Populist Challenge to the Italian Nation-State: the Lega Lombarda/Nord*, «Regional Politics and Policy», n. 3, pp. 140-162.
Sharpe L.J., 1993, *The European Meso: An Appraisal*, in Sharpe L.J. (a cura di), *The Rise of Meso Government in Europe*, Sage, Londra.
Storper M., 1995, *The Resurgence of Regional Economies, Ten Years Later*, «European Urban and Regional Studies», n. 2, pp. 191-221.
Streeck W. e Schmitter P., 1991, *From National Corporatism to Transnational Pluralism: Organized Interests in the Single European Market*, «Politics and Society»,vol. 19, n. 2, pp. 133-164.
Tilly C., 1990, *Coercion, Capital and European States, AD 990-1990*, Blackwell, Oxford.
Tilly C. e Blockmans W. (a cura di), 1994, *Cities and the Rise of Stales in Europe, AD 1000 to 1800*, Westview, Boulder.
Todd E., 1990, *L'invention de l'Europe*, Seuil, Parigi.
Touraine A., Dubet F., Hegedus Z. e Wieviorka M., 1981, *Le pays contre l'Etat. Luttes occitanes*, Seuil, Parigi.
Wils L. 1996, *Histoire de nations belges: Belgique. Flandre, Wallonie: quinze siècles de passé commun*, Quorum, Ottignies-Louvain-la Neuve.

Traduzione dall'inglese di Carlo Gnetti

Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia

Lavinia Bifulco, Massimo Bricocoli, Raffaele Monteleone

A seguito dei processi di decentramento, molte Regioni italiane stanno operando come laboratori delle politiche, sviluppando approcci molto differenti in sintonia con i loro orientamenti politici. Da un lato, questo dà luogo a uno scenario delle politiche frammentato e a maggiori disuguaglianze del sistema italiano di welfare. Dall'altro lato, si aprono opportunità di sperimentare nuove strutture istituzionali e organizzative al livello regionale. Questo articolo si concentra su un programma pilota volto a promuovere e implementare pratiche innovative nei servizi sociali e sanitari in Friuli-Venezia Giulia. Sulla base del caso studio, vengono inquadrate e discusse alcune questioni collegate allo sviluppo del «welfare locale attivo» in Italia.

1. Introduzione

In questo articolo affrontiamo il tema dell'attivazione in Italia collegandolo allo sviluppo del welfare locale e al processo di differenziazione delle politiche sociali su base regionale legato al decentramento. Dopo aver delineato le tendenze principali del contesto italiano di policy, ci concentreremo su un programma pilota lanciato tre anni fa in Friuli-Venezia Giulia e finalizzato allo sviluppo di pratiche innovative nel campo delle politiche sanitarie e socio-assistenziali. Il programma è una declinazione specifica delle principali dinamiche di cambiamento coinvolte dal welfare attivo in Italia: la localizzazione, l'integrazione, la territorializzazione e la personalizzazione. Basandoci sul caso studio, discuteremo alcune questioni implicate dall'emergenza del «welfare locale attivo» in Italia.

2. Il welfare attivo in Italia

Nel discorso europeo di policy la nozione di attivazione indica principalmente l'inclusione sociale attraverso la partecipazione al lavoro (Van Berkel e Møller, 2002; Barbier, 2002; Borghi e Van Berkel,

2007). Tuttavia, come osserva Geldof (1999), questa nozione ha radici divergenti. Oltre che al lavoro e all'assistenza, essa può essere ricondotta all'area del lavoro sociale, nel cui ambito fa riferimento a una prospettiva di inclusione sociale più ampia, non basata esclusivamente sull'accesso al mercato del lavoro ma associata a obiettivi quali «lavorare per l'emancipazione, creare opportunità per chi è coinvolto e incoraggiare la partecipazione« (Geldof, 1999, p. 17). Per quanto non sia dominante, questa accezione è presente nelle misure adottate da alcuni welfare state europei (Hvinden, 1999), confermando i noti meccanismi attraverso i quali le pressioni isomorfiche sono filtrate e adattate ai contesti istituzionali specifici. Riguardo all'Italia, vanno considerati tre aspetti principali.

Primo, il modello del *welfare to work* ha avuto finora una limitata influenza sulla struttura del nostro welfare. Questa struttura cumula diverse caratteristiche: la debolezza sia delle politiche tradizionali di tipo passivo, sia delle politiche di attivazione; la frammentazione delle politiche di protezione del lavoro; l'assenza di un sistema nazionale di sostegno al reddito; il fragile collegamento fra l'assistenza sociale e il lavoro (Paci, 2005; Villa, 2007). Fra i fattori che hanno concorso a determinare questa situazione, il familismo è ovviamente centrale (Saraceno, 1994; Esping-Andersen, 1999). Ancora oggi, la responsabilità della famiglia riguardo alla protezione dai rischi sociali è molto elevata e l'assenza di diritti sociali tocca una porzione ampia degli interventi e dei servizi di welfare, come, per esempio, la lotta contro la povertà.

Secondo, mentre in altri paesi il discorso dell'attivazione tende a concentrarsi sulla partecipazione al mercato del lavoro, in Italia viene attribuita una certa rilevanza alla prospettiva, prima richiamata, che affonda le radici nella tradizione del lavoro sociale. Paci (2005) ha rilevato l'emergenza in Italia di un welfare attivo basato sull'*empowerment*, cioè volto a promuovere e ampliare l'autonomia e la libertà sostantiva dei cittadini. Il rafforzamento del ruolo dei cittadini tocca il rapporto con i servizi e i processi decisionali, prefigurando in questo modo pratiche di cittadinanza attiva. Questa prospettiva fa intravedere un collegamento con lo sviluppo delle capacità, cioè, con Sen (1992), delle libertà delle persone di essere e di fare, e della *voice* rispetto alle scelte che riguardano la propria vita (Dean e al., 2005).

Terzo, l'approccio al welfare attivo basato sull'*empowerment* è inscritto in un quadro di cambiamenti non lineari che annoverano anche dinamiche di segno differente. Sicuramente hanno giocato a suo favore le riorganizzazioni delle politiche sociali intraprese dalla seconda metà

degli anni '90. Un ruolo determinante è stato rivestito dalla riforma dell'assistenza del 2000, la cui importanza va compresa alla luce dell'assenza ormai secolare di una regolazione organica a livello nazionale e della situazione di ineguaglianze territoriali che ne è derivata. Gli obiettivi principali della riforma, come è noto, sono due: realizzare un principio di universalismo (selettivo) attraverso i Liveas, cioè i livelli essenziali di servizi e interventi sociali da garantirsi in tutto il territorio nazionale; e costruire una nuova architettura di governance che distribuisce le responsabilità politico-amministrative fra lo Stato, le Regioni e i Comuni sulla base di un principio di sussidiarietà verticale. Sullo sfondo di questa prospettiva vi è un modello di cittadinanza sociale che individua nello Stato il garante dell'universalismo (selettivo) mentre gli attori locali sono chiamati a tener conto delle specificità delle persone e dei contesti. La riforma mira perciò a superare i limiti di un eccessivo localismo combinando l'autonomia locale e la regolazione nazionale (Bifulco e Centemeri, 2008).

Un elemento chiave è l'associazione molto stretta fra «locale» e «attivo». Si profila, infatti, lo sviluppo di un «welfare locale attivo» basato sul coinvolgimento dei cittadini e su un riferimento insistito al territorio che valorizza le risorse e le reti di azione attivabili localmente. La prospettiva è il superamento del modello tradizionale di relazione fra servizi e cittadini, contraddistinto dalla tendenza ad assegnare ai cittadini la posizione dei destinatari passivi e basato su categorie predefinite di bisogni. Per quanto riguarda i processi decisionali, l'idea è che il welfare locale costituisca lo spazio per un modello negoziale di governance che coinvolge le comunità locali nel disegno e nell'attuazione delle politiche. A corredo di questo modello viene previsto un articolato repertorio di strumenti. Il più importante è il Piano di zona, lo strumento attraverso il quale le municipalità devono progettare il sistema locale di servizi e interventi sociali sollecitando il coinvolgimento dei cittadini.

L'implementazione della riforma è stata contrassegnata dall'incertezza dei diritti e delle risorse. Una definizione parziale dei Liveas è avvenuta solo di recente. Per di più, con la riforma del titolo V della Costituzione promulgata nel 2001, che assegna alle Regioni il potere legislativo (concorrente) in campo socio-assistenziale, vi è il rischio che le disparità territoriali aumentino. La via italiana al welfare attivo presenta perciò alcune peculiarità. L'incertezza riguardo ai diritti e alle risorse può rendere la cittadinanza attiva assai fragile. Allo stesso tempo, le maglie relativamente larghe della struttura dei rapporti fra livello

centrale e livello locale possono favorire modalità inedite di pensare e fare le politiche sociali.

3. Attivazione e integrazione

Nello scenario del welfare attivo che si delinea in Italia alla fine degli anni '90, i cambiamenti toccano sia gli aspetti di «sostanza» sia quelli procedurali delle politiche (Borghi e Van Berkel, 2007). Un ruolo chiave da questo punto di vista spetta all'integrazione fra politiche e fra servizi. L'integrazione è concepita come un dispositivo per rafforzare i diritti di protezione sociale dei cittadini oltre che per mobilizzare e coordinare le risorse sociali e istituzionali dei diversi contesti territoriali. Sebbene siano coinvolti diversi servizi, il coordinamento dei servizi sociali con quelli sanitari ha un'importanza particolare. In alcune Regioni, l'implementazione della riforma del 2000 ha avuto effetti di trascinamento e ha costituito l'occasione per portare al centro dell'agenda questioni relative all'organizzazione dei servizi socio-sanitari e sanitari. In altre Regioni, invece, le scelte adottate in campo sanitario avevano già aperto la strada alla riorganizzazione del sistema regionale di welfare secondo criteri di integrazione e di coordinamento, a livello istituzionale, gestionale e operativo.

Le situazioni prevalenti, tuttavia, segnalano numerose difficoltà a realizzare questo tipo di integrazione che costituisce uno degli aspetti più importanti e incerti nella costruzione del welfare locale. In altre circostanze sociali e politiche, questa stessa integrazione era stata già posta al centro della riforma sanitaria promulgata nel 1978. In modo pionieristico, per l'Italia e non solo, questa riforma non solo aveva istituito un sistema sanitario nazionale di tipo universalistico ma aveva anche dato centralità a un approccio focalizzato sulla dimensione sociale dei bisogni di salute e su servizi territoriali alternativi alle strutture ospedaliere orientati a promuovere la salute dei luoghi di vita. Inoltre, cogliendo le opportunità aperte dall'istituzione delle Regioni, la riforma aveva fatto una scelta di decentramento che, pur mantenendo in capo allo Stato la potestà legislativa e compiti di indirizzo e coordinamento, rafforzava il ruolo delle Regioni e dei Comuni.

Nei problemi che ancora oggi incontra l'integrazione socio-sanitaria si riflettono le differenti storie e caratteristiche istituzionali dei due settori implicati. Contrariamente alle materie socio-assistenziali, la salute è da tempo in Italia un'area dei diritti sociali articolata in un sistema di

servizi che, sebbene con alcune difformità, copre tutto il territorio nazionale. Va detto che questo sistema è stato interessato da un percorso tortuoso di riorganizzazione che ha risentito in modo evidente dei cambiamenti di fase politica (Maino, 2001). Le tappe principali includono: *a*) l'introduzione nei primi anni '90 di meccanismi di competizione amministrata ispirati dal modello inglese dei quasi-mercati; *b*) il passaggio alla fine degli anni '90 verso un modello di cooperazione amministrata; *c*) l'attribuzione, nel 2001, di poteri legislativi alle Regioni, grazie alla stessa riforma costituzionale che, all'insegna della devolution, ha interessato i servizi sociali (Neri, 2006)[1].

Un'altra linea di differenza, molto importante, riguarda la commercializzazione, che nella sanità presenta realizzazioni molto più estese fondate prevalentemente sulla separazione fra funzioni di finanziamento e funzioni di erogazione. A essa è collegata la cosiddetta aziendalizzazione, che ha coinvolto le strutture territoriali e ospedaliere attraverso l'introduzione di modelli organizzativi mutuati dall'impresa privata. A tutt'oggi, si tratta di uno dei casi di applicazione del *New public management* che mostra in Europa maggiori affinità con il modello inglese. Tuttavia, le sue realizzazioni mostrano differenze regionali significative riguardo a dinamiche organizzative e regolative. In alcuni casi, l'attore regionale riveste un ruolo forte nell'assumere scelte (su priorità di spesa, obiettivi e standard delle prestazioni) vincolanti nei confronti dei fornitori privati, talvolta negoziando queste stesse scelte con il livello territoriale. In altri casi, l'adesione a un modello di programmazione negoziata coinvolge una pluralità di attori pubblici e privati. Anche le architetture organizzative annoverano un ventaglio abbastanza diversificato di formule di rapporto con i cittadini, alcune incentrate sul ruolo del cittadino-consumatore, altre più orientate a promuovere la cittadinanza.

4. Territorializzazione e individualizzazione

Localizzazione e territorializzazione sono due concetti che conviene distinguere. Schematicamente, la localizzazione indica il cambiamento più generale e complessivo della scala delle politiche. Il decentramento e la territorializzazione costituiscono due facce specifiche di questo cambiamento. Mentre la prima porta al centro i rapporti e la

[1] Nel 2000, inoltre, è stato introdotto un sistema di federalismo fiscale.

struttura dei poteri politico-amministrativi (Ferrera, 2005), la seconda dà evidenza ai contesti e ai luoghi in cui le politiche prendono vita, assumendoli come risorse, obiettivi, vettori e setting dell'azione pubblica (Offner, 2006). Come è stato osservato da Moreno e McEwen (2005), i cambiamenti del welfare in Europa sono collegati alla dimensione territoriale della politica, in particolare per quanto riguarda l'indebolimento dello Stato-nazione. In più, essi sottintendono in molti casi il tentativo di stabilire un rapporto più stretto fra le politiche e i territori. L'idea che nel territorio gli interventi e le competenze possano essere «messi in coerenza» fra loro ha assunto, infatti, una certa importanza da quando si è constatato l'insuccesso degli approcci di tipo settoriale per esempio nel campo della lotta all'esclusione sociale.

La territorializzazione delle politiche sociali può assumere forme molto differenti. Le azioni su aree svantaggiate e basate su un principio di discriminazione positiva sono particolarmente diffuse ma anche abbastanza criticate (Castel, 2003; 2007; Amin, 2005; Mayer, 2006) soprattutto in riferimento al modo in cui le politiche nazionali sviluppano il rapporto fra *place* e *people* (Donzelot e al., 2003). La possibilità che il riferimento al territorio faciliti il coinvolgimento dei soggetti che nel territorio vivono, potenziando in questo modo sia la coesione sociale sia la democraticità delle scelte collettive, non è che una faccia della medaglia. L'altra faccia è lo sviluppo di una cittadinanza basata non sull'eguaglianza ma sulla disparità fra contesti di vita circoscritti e diversamente dotati di risorse (Saraceno, 2005; García, 2006).

Un concetto collegato alla territorializzazione è quello dell'individualizzazione, anch'esso carico di ambiguità (Van Berkel e Valkenburg, 2007; Castel, 2003). Valkenburg (2007) sintetizza i diversi significati dell'individualizzazione delle politiche in: *a*) l'individualizzazione degli *entitlements*, legata alla ridotta capacità di protezione da parte della famiglia; *b*) la personalizzazione, cioè la diffusione di interventi «fatti su misura»; *c*) il trasferimento diretto di *cash* ai destinatari, considerati come consumatori; *d*) lo slittamento dalla responsabilità dello Stato alla responsabilità individuale dei cittadini, in particolare riguardo alla disoccupazione; *e*) la necessità di favorire le capacità riflessive dei cittadini rispetto all'elaborazione di un progetto di vita autonomo.

Come altrove in Europa, la territorializzazione e l'individualizzazione hanno una grande influenza nel ridefinire il quadro dei vincoli e delle opportunità delle politiche sociali al livello locale. Sarebbe comunque più corretto parlare, nel caso dell'Italia, di ri-territorializzazione e re-individualizzazione. Come accennavamo, già alla fine degli anni '70

l'istituzione del servizio sanitario aveva enfatizzato approcci incentrati sulla complessità dei bisogni di salute della persona e sui rapporti fra la persona e il suo ambiente di vita. A questo scopo, era stata progettata, e in parte costruita, un'architettura istituzionale molto articolata e vicina ai cittadini. Oggi, ovviamente, il contesto è diverso e ci sono nuove sfide. Una questione particolarmente delicata è se e come sia possibile conciliare l'impianto universalistico dei diritti alla salute con la devolution. Detto altrimenti, se e come sia effettivamente possibile realizzare un welfare locale anziché localistico.

5. Il quadro della ricerca

Il welfare locale presenta come tratto di fondo la fragilità, che trova riscontro nella spesa dei Comuni per il settore sociale. Gli ultimi dati disponibili, relativi al 2004 (Istat, 2007), confermano le note linee di frattura fra aree regionali, con una spesa pro capite che si attesta al di sopra della media nazionale (circa 92,4 euro) nelle Regioni del Nord e del Centro (con un picco di circa 135,2 euro) e al di sotto nelle Regioni del Sud (con un minimo di circa 27 euro).
In realtà, è impossibile delineare un quadro generale di sviluppi tanto recenti e differenziati. Possiamo però approfondire alcune questioni collegate al welfare locale attivo attraverso uno studio di caso.
La nostra ricerca è basata sul Friuli-Venezia Giulia, una Regione che ha una tradizione di elevato investimento e intervento pubblico nelle politiche sociali, in particolare in quelle sanitarie. Altri tratti caratteristici sono: *a*) la centralità dell'attore pubblico, anche come soggetto erogatore; *b*) una cultura politica e istituzionale orientata al riconoscimento dei diritti sociali; *c*) un sistema di servizi sanitari e socio-sanitari diffuso e articolato nel territorio; *d*) la presenza cospicua di organizzazioni del terzo settore operanti nell'ambito della riabilitazione socio-sanitaria e dell'inserimento lavorativo (Mauri, 2007).
Il Friuli-Venezia Giulia rappresenta nell'insieme una tipologia specifica di welfare, incardinata sul ruolo del soggetto pubblico, che i cambiamenti recentemente intervenuti nel governo regionale non hanno per ora sostanzialmente modificato. Abbiamo focalizzato, in particolare, il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità», nato da una sperimentazione avviata a Trieste. Proprio per la sua natura sperimentale, il programma mette bene in luce alcune potenzialità e fragilità della costruzione del welfare attivo.

Prima di illustrare il programma, è necessario richiamare brevemente alcuni spaccati significativi della storia e delle evoluzioni recenti del welfare in Friuli-Venezia Giulia. Innanzitutto l'esperienza della deistituzionalizzazione psichiatrica degli anni settanta, che in questa regione è stata particolarmente incisiva. La strategia di chiusura dei manicomi, con l'organizzazione di una rete di servizi territoriali completamente sostitutiva dell'internamento, ha prodotto trasformazioni importanti del ruolo degli assistiti e delle competenze psichiatriche ma più in generale del settore socio-sanitario. Gli effetti di questo processo sono confluiti nella legge di riforma psichiatrica del 1978, poi assorbita nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Questa esperienza costituisce un costante elemento di confronto per le dinamiche attualmente in corso. Le evoluzioni successive hanno visto nella Regione lo sviluppo di partnership molto strette fra i servizi pubblici e le organizzazioni del terzo settore, specialmente quelle operanti nel campo dell'inserimento lavorativo.
Altri aspetti da sottolineare riguardano la spesa sociale regionale, che si presenta fortemente squilibrata per quanto riguarda il rapporto fra la spesa sanitaria e quella sociale (quest'ultima attualmente equivalente a un decimo della prima). In una regione caratterizzata da un elevato tasso di invecchiamento della popolazione, questo comporta in particolare la ricerca di strategie di potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari per gli anziani alternativi ai ricoveri in strutture residenziali[2].

6. Il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità»

Il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità» nasce da una sperimentazione che muove i suoi primi passi nel 1998 a Trieste a partire da un progetto precedente denominato «Habitat». A quel tempo, l'Azienda socio-sanitaria (Ass), il Comune e l'agenzia per l'edilizia pubblica (Ater) avevano stipulato un'intesa, con il coinvolgimento del terzo settore, allo scopo di sviluppare forme di intervento coordinato in alcuni rioni caratterizzati dalla presenza di caseggiati di edilizia pubblica e da forme di disagio sociale. Le cinque aree selezionate erano rappresentative dei problemi principali collegati all'esclusione sociale e spaziale nella città e abitate prevalentemente da anziani

[2] Le strutture residenziali per gli anziani tendono infatti ad assorbire una parte massiccia della spesa, in questo caso prevalentemente sanitaria.

in condizioni di fragilità e di povertà. Le attività erano finalizzate a intervenire congiuntamente sui contesti e sulle persone, mettendo insieme azioni sociali, sanitarie, di riqualificazione degli edifici e degli spazi pubblici. Il fulcro della sperimentazione era il servizio di portierato sociale, gestito da operatori delle cooperative sociali, che lavorava come «servizio di prossimità» con il compito di mettere in contatto gli abitanti e i diversi soggetti impegnati nel progetto.

Nel corso degli anni questa prima esperienza nei quartieri si è consolidata e l'Ass ha deciso di svilupparne la prospettiva. Le azioni condotte nei quartieri dei Distretti socio-sanitari si sono ancorate a una riflessione che si stava sviluppando a livello regionale sul tema dell'innovazione delle politiche di welfare locale. Nel 2005 l'Ass, il Comune e l'Ater varano il programma «Habitat-micro-aree, salute e sviluppo della comunità» che sviluppa e rafforza l'iniziale progetto Habitat. Il programma si propone di migliorare le condizioni di vita degli abitanti di alcune aree cittadine con interventi di tutela della salute, prevenzione del disagio sociale, qualificazione delle condizioni abitative. A questo scopo vengono individuate a Trieste nove aree pilota definite per l'appunto «micro-aree», dislocate nei quattro Distretti socio-sanitari triestini e individuate sulla base di due criteri: la dimensione «micro», che corrisponde a un numero di abitanti compreso tra i 1.000 e i 2.500, e la preferenza per insediamenti di edilizia pubblica. Nel loro insieme le micro-aree sono abitate da circa 16 mila persone (su una popolazione complessiva della città di 245.000 abitanti).

Nel 2006 la Regione ha lanciato il Programma di sviluppo regionale Micro-Win (*Micro-welfare innovations*) che riconosce le micro-aree come il livello in cui mettere all'opera innovazioni nel welfare locale e ne incoraggia lo sviluppo anche in altre Ass. Va precisato, tuttavia, che l'originaria sperimentazione triestina, su cui ci concentreremo, è al momento la più avanzata a livello regionale anche in virtù della peculiare organizzazione dei suoi servizi sanitari. L'Ass di Trieste difatti ha sviluppato negli anni un sistema organizzativo di servizi territoriali molto avanzato in cui spiccano un servizio infermieristico attivo 7 giorni su 7, per 12 ore al giorno e con reperibilità sulle 24 ore.

Tutte le unità operative dei Distretti hanno organizzato il lavoro sulla base dei quartieri di competenza. Inoltre anche i Dipartimenti dell'Ass e le strutture specialistiche operano in modo capillare nel territorio.

Posto che il programma intende promuovere la salute dei cittadini nei loro contesti di vita attraverso la personalizzazione degli interventi, l'Ass1 ha individuato alcuni obiettivi di lavoro prioritari nelle micro-aree:

- aumentare la conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle micro-aree;
- contrastare l'istituzionalizzazione e potenziare gli interventi cura per favorire la permanenza dei cittadini nel proprio domicilio;
- accrescere l'appropriatezza dei trattamenti e dei servizi;
- promuovere iniziative di auto-aiuto e la collaborazione fra soggetti pubblici e organizzazioni profit e non-profit;
- migliorare il coordinamento fra i servizi che agiscono sullo stesso individuo o sullo stesso contesto familiare.

Per ciascuna micro-area sono state fissate delle priorità specifiche. Ogni Distretto ha inoltre individuato un proprio referente di micro-area (prevalentemente fra gli infermieri con esperienza di interventi domiciliari) e progressivamente sono state aperte sedi di progetto nei quartieri, privilegiando collocazioni fisiche molto accessibili e riconoscibili all'interno dei complessi residenziali pubblici. Oltre ai referenti, sono coinvolti i portieri sociali – di norma operatori di organizzazioni del terzo settore – operatori dei Distretti, delle cooperative sociali e del Comune.

7. Concentrarsi sui luoghi: territorializzazione

I primi passi del programma sono stati mossi da un gruppo di operatori di un distretto territoriale in un quartiere tra quelli a maggior percentuale di anziani. Palazzi di cinque piani senza ascensore, che iniziano a essere segnati dal tempo e dalla scarsa manutenzione. L'intenzione è quella di conoscere meglio i problemi e la domanda potenziale della popolazione, al di là dei casi che arrivano al distretto. Bussare alla porta si rivela difficile. Per la propensione alla chiusura, alla difesa degli abitanti. Ma anche perché – scoprono gli operatori – il distretto è una entità poco nota, non accreditata presso i più. Per molti, l'arrivo non richiesto di un infermiere sulla soglia di casa è una sorpresa piacevole. Altri mostrano resistenza e persino una chiara ostilità. In piena estate, gli operatori dell'azienda decidono di cambiare le regole del proprio tentativo di approcciare gli abitanti. Un ombrellone giallo viene collocato nel piazzale al centro del quartiere per richiamare l'attenzione e il personale del distretto si mette in attesa: prende tempo, perde tempo. Lentamente gli abitanti iniziano ad avvicinarsi, qualcuno porta una sedia, altri bibite fresche. Iniziano a chiedere e a raccontare. Stare nel piazzale si rivela strategico per mettere a fuoco le li-

nee di azione che saranno poi centrali nello sviluppo del programma. Oggi, a distanza di 3 anni, in quello stesso caseggiato, la micro-area ha sede in un alloggio che la partnership con Ater ha reso disponibile. Quando si entra nella sede non si capisce dove si è entrati. L'aspetto non è certamente quello di un ambulatorio, piuttosto quello di una casa. Una cucina ben organizzata e colorata, un frigorifero rifornito di spumante e di gelati, un soggiorno con un comodo divano, un tavolo su cui è posato un misuratore di pressione.

In termini generali, il programma si è sviluppato secondo un orientamento comune a quella filiera di politiche, cosiddette «a base areale», che hanno variamente promosso l'azione su un ambito territoriale come leva per ri-combinare ciò che le politiche pubbliche hanno preso a trattare in modo disgiunto (Bifulco e de Leonardis 2006). In concreto, questo orientamento ha significato «uscire dalle stanze» dei distretti: «Si va nelle case delle persone e non si attende che arrivino in ambulatorio» (Referente di Micro-area). Le sedi delle micro-aree, normalmente collocate all'interno dei complessi residenziali pubblici, sono state arredate come abitazioni civili con soluzioni in grado di garantire un uso flessibile degli spazi. I referenti di micro-area si sono inseriti nella vita dei quartieri con la doppia consegna di mettere a punto modalità d'intervento più efficaci ed efficienti e di farlo al di fuori dei presidi sanitari territoriali, ovvero a ridosso dei luoghi di vita dei cittadini. Va precisato che i referenti non sono andati a costituire un'unità operativa aggiuntiva all'interno dell'organizzazione distrettuale, ma viceversa lavorano con i servizi esistenti attivando su singoli casi le unità operative competenti.

Il territorio diviene propriamente un «setting dei servizi»: non il luogo in cui si accumulano i singoli casi, ma il campo in cui fare dispiegare domande di servizi e risorse locali (de Leonardis e Monteleone, 2007). Lo «stare nei contesti» implica una maggior accessibilità ai servizi, soprattutto da parte di coloro che tenderebbero altrimenti a essere esclusi dai propri stessi diritti alla salute. Le micro-aree, da questo punto di vista, sono uno strumento per andare a esplorare esattamente ciò che non va nelle pratiche organizzative, e producono sollecitazioni a ri-organizzare. Esse implicano anche un'esposizione intenzionale dell'istituzione a una ridefinizione del proprio mandato («entra di tutto») e dunque a una prospettiva di riflessività istituzionale. In un certo senso, il programma prova a far fronte agli effetti perversi delle stesse politiche. In realtà, i processi che hanno progressivamente segnato i quartieri di edilizia residenziale pubblica (non solo in Italia)

come «quartieri in crisi» sono il frutto di forme di trattamento istituzionale. A partire dal formulare una risposta si sono cioè progressivamente messi a punto sistemi di selezione degli assegnatari, di regolazione e di gestione del patrimonio abitativo che hanno via via contrassegnato i processi di trasformazione sociale di questi quartieri (Bricocoli, 2007).

8. Concentrarsi sulle persone

Nel programma micro-aree, la territorializzazione è associata alla personalizzazione degli interventi. Il confronto con le condizioni di salute e il contesto di vita degli abitanti delle micro-aree richiede infatti di mettere a punto progetti personalizzati.
Una delle prime azioni intraprese dagli operatori è stato un lavoro *street level* supportato dalla Struttura finanza e controllo dell'Ass che ha ricostruito i profili sanitari delle diverse micro-aree attraverso l'analisi dei dati sulla spesa sanitaria disaggregati territorialmente e per voci di spesa. I referenti di micro-area e gli operatori hanno potuto fare affidamento su prospetti informativi in cui erano segnalati gli assistiti ad elevato carico assistenziale. Grazie a queste schede sono state programmate le prime visite domiciliari per verificare l'appropriatezza della presa in carico e definire, se necessario, un progetto personalizzato di salute. Gli interventi domiciliari hanno permesso di aggiornare o correggere i dati in possesso della Struttura finanza e controllo. Inoltre questa modalità d'intervento porta a porta, sebbene abbia incontrato iniziali resistenze, si è guadagnata col tempo la fiducia da parte degli abitanti che hanno segnalato agli operatori sanitari diverse situazioni di svantaggio scivolate fuori dalle maglie della rete dei servizi.
La personalizzazione dei progetti tende a implicare la messa in connessione di risorse (istituzionali e personali) differenti. È il caso, ad esempio, dell'intervento attivato a favore di una signora di 68 anni colpita da ictus e costretta da otto anni a camminare con il sostegno di un tripode. La donna vive sola al quinto piano di un palazzo privo di ascensore e non è in grado di uscire di casa in modo autonomo. Grazie all'intervento della referente di micro-area, l'Ater dispone in tempi rapidi un cambio alloggio dal quinto al piano terra. In questo modo la signora è messa in condizione di uscire di casa. Nel frattempo i servizi richiedono e ottengono l'indennità di accompagnamento, grazie alla quale una vicina di casa disoccupata viene coinvolta come *caregiver* in

un progetto di salute personalizzato. In questo caso, l'iniziativa degli operatori sanitari fa sì che si intervenga sulla condizione abitativa, mentre una misura di sostegno sociale come l'indennità di accompagnamento funziona come intervento di inserimento lavorativo e rappresenta, più in generale, un'occasione di sviluppo del capitale sociale del quartiere.
Negli ultimi mesi il programma ha iniziato a confrontarsi con il problema dell'istituzionalizzazione degli anziani nelle case di riposo e si studiano soluzioni alternative all'istituzionalizzazione per le persone anziane che non sono in grado di restare al proprio domicilio. In una micro-area un appartamento Ater ospiterà la convivenza di quattro persone anziane: ogni persona avrà un progetto di cura e assistenza individuale e i servizi dell'Ass (servizio infermieristico domiciliare, di riabilitazione, ecc.) interverranno nell'appartamento secondo le proprie consuete modalità di intervento domiciliare.

9. Quale attivazione?

In ogni micro-area gli interventi sono aperti al cambiamento e spesso gli abitanti ne ridefiniscono senso e direzione. Una sperimentazione definita «cucina sociale», nata come distribuzione da parte di una cooperativa sociale di pasti pronti ad abitanti a vario titolo svantaggiati, si è trasformata in un corso di cucina organizzato da un cuoco in pensione residente nella micro-area dove era stato attivato il progetto. L'iniziale intervento di natura assistenziale considerava la consumazione collettiva del pasto nei locali della sede di micro-area come un'occasione per far socializzare i commensali, ma questi ultimi si sono organizzati costruendo un contesto completamente differente che li riconosce come attori coinvolti in prima persona in un'attività creativa.
Un corso di ginnastica dolce realizzato in alcuni quartieri ha seguito un percorso analogo. In origine il corso era tenuto da fisioterapisti che seguivano persone anziane per cui era consigliata attività fisica. La risposta degli abitanti è stata molto positiva. Si sono ormai costituiti gruppi di abitanti auto-organizzati che si ritrovano per fare esercizi o altre attività fisiche come passeggiate o escursioni.
La micro-area spesso fa da incubatrice per lo sviluppo di gruppi informali di cittadini che organizzano feste di quartiere e diverse attività come mercatini, manifestazioni sportive. Queste diverse pratiche fan-

no intravedere la possibilità di superare la necessità degli interventi specialistici trasferendo competenze dirette ai cittadini. Gli interventi di protezione sociale sempre più frequentemente si combinano a quelli di promozione sociale. In una micro-area un gruppo di cittadini, da poco costituitosi in associazione, si è impegnato in un'attività di riqualificazione degli spazi verdi di un quartiere che da molti anni erano stati trasformati in discariche condominiali, aggregando anche altri abitanti. In un altro quartiere gli abitanti hanno alimentato con proposte proprie il progetto di riqualificazione di una piazza.

Al centro del programma vi è l'idea che l'attivazione presupponga una piena attuazione della cittadinanza sociale, in particolare dei diritti alla salute e al «ben-essere» sociale. Questa prospettiva costituisce solo una delle possibili interpretazioni dell'attivazione, la meno praticata nei paesi europei (Clarke, 2005; Johansson e Hvinden, 2007). Essa mette l'accento sull'obiettivo di sviluppare la partecipazione delle persone alla produzione del proprio ben-essere, lungo due assi collegati. Uno mette al centro la necessità di invertire situazioni di sofferenza e deprivazione puntando a sviluppare le capacità individuali. L'altro è indirizzato alla promozione di processi di inclusione delle collettività locali nelle scelte che le riguardano. Nel caso di Trieste, entrambi gli assi sono ancorati ad alcune esperienze consolidate nelle politiche socio-sanitarie cittadine. I servizi di riabilitazione socio-sanitaria, in particolare, seguono da tempo metodi di lavoro incentrati sull'obiettivo di costruire percorsi di autonomia delle persone che ne realizzino contemporaneamente i diritti di protezione sociale e i diritti di libertà. In parallelo, il coinvolgimento della società civile organizzata in materia di programmazione e realizzazione dei servizi ha dato luogo a pratiche stabilizzate di confronto con le istituzioni pubbliche, in un contesto che attualmente conta la collaborazione formalizzata con 160 associazioni.

I processi attraverso cui questa prospettiva trova realizzazione nella sperimentazione delle micro-aree sono diversi. In linea generale, si tratta di processi che non presuppongono, ma al contrario provano a costruire, le condizioni dell'attivazione. Un processo rilevante è quello che mette gli «inquilini» di stabili di edilizia pubblica nelle condizioni di essere «abitanti» in grado di esercitare un ruolo attivo nell'organizzazione e nella gestione minuta del proprio contesto di vita. Grazie all'attività di porta a porta intrapresa con le visite domiciliari molti abitanti sono stati coinvolti in progetti personalizzati di salute. Questo aiuta a perseguire una maggiore equità dell'accesso e un riequilibrio tra

i due estremi così frequenti dell'iperconsumo di servizi e farmaci da una parte, e di situazioni di isolamento dall'altra.
La migliore possibilità di accesso delle persone ai servizi, la circolazione delle informazioni, l'articolazione di luoghi di incontro e scambio sono risultati che si possono in una certa misura già toccare con mano: e non perché sia sceso in campo un «esercito» di operatori, ma perché gli abitanti stessi in parte co-producono queste informazioni, segnalano situazioni, si attivano per aiutare, partecipano agli eventi. La micro-area, in questo senso, restituisce voce, capacità di raccontare, di protestare, di progettare (Massiotta, 2006).

10. Conclusioni

In questo saggio abbiamo provato a delineare le traiettorie di cambiamento che si sviluppano in Italia attorno al «welfare locale attivo». Nel caso studio abbiamo considerato due aspetti principali del contesto specifico: la pregnanza di una prospettiva di policy basata sulla cittadinanza sociale e il ruolo rivestito dal soggetto pubblico. Il programma micro-area mira a rafforzare le responsabilità istituzionali rispetto ai diritti al ben-essere. Il lavoro sul territorio è utilizzato per mettere allo scoperto le persone cadute nei vuoti delle maglie dei servizi, le zone d'ombra, le domande che non trovano risposta nelle azioni preordinate e neppure nel lavoro territoriale che l'azienda sanitaria ha maturato negli anni.
La sperimentazione presenta anche alcune criticità. Una prima criticità corrisponde a un tratto evidente di molte esperienze di politiche che pongono l'accento sui luoghi promovendo iniziative-pilota che implicano forme di «discriminazione positiva», ovvero concentrano risorse e modalità di iniziativa innovativa in alcune aree, introducendo dei differenziali tra territori che sono implicati nei progetti e territori che ne restano esclusi.
Un altro campo di problemi riguarda la partnership fra le istituzioni. Mentre la collaborazione fra Ass e Ater mostra alcune fragilità in via di superamento, il rapporto con il Comune si presenta decisamente critico. A dispetto degli impegni assunti formalmente, l'investimento effettivo operato dal Comune è assai debole e l'Ass finisce per supplire a responsabilità istituzionali che non sono proprie. Inoltre, occorre mettere in conto le differenti logiche di intervento istituzionale: mentre nel caso delle istituzioni sanitarie si tratta di assicurare l'esercizio di

un diritto riconosciuto, nel caso di quelle municipali gli interventi hanno un'elevata componente di discrezionalità. Questi problemi rimandano a loro volta alla difficoltà di integrare effettivamente su un'area territoriale competenze e responsabilità in assenza di quadri regolativi certi e stabili.

In termini più generali, il caso mette in luce alcune questioni relative ai cambiamenti che stanno interessando il modello italiano di welfare nella direzione di un welfare attivo basato sull'ampliamento delle libertà sostantive e dell'autonomia. Rispetto alla struttura tradizionale di welfare, la realizzazione di questa prospettiva implica un mix di continuità e discontinuità. Da un lato, infatti, alcune caratteristiche del welfare italiano persistono, contribuendo a spiegare la debolezza attuale del *welfare to work*. Dall'altro lato, le trasformazioni delle politiche sociali che hanno preso forma dalla fine degli anni '90 hanno riconfigurato il quadro dei vincoli e delle opportunità.

Il caso studio conferma che la regionalizzazione può creare condizioni favorevoli per lo sviluppo di innovazioni anche molto distanti dal nocciolo istituzionale del modello italiano di welfare. Inoltre, esso mette in luce in che senso una modalità specifica dell'attivazione è anche un'attivazione istituzionale. Diversamente dai programmi di *welfare to work* adottati da altri paesi europei, i cittadini non sono obbligati a conformarsi a regole di condotta predefinite per ottenere dei benefici. Piuttosto, sono le istituzioni pubbliche che vengono sollecitate a creare le condizioni perché si sviluppino le capacità di azione e di scelta dei cittadini, o più sinteticamente le loro *capabilities* (Sen, 1992).

Il caso, perciò, può essere visto come un laboratorio che consente di osservare da vicino e in una scala circoscritta processi di cambiamento che riguardano più in generale l'attuale fase di sviluppo del welfare italiano. Benché rappresenti una sperimentazione particolarmente avanzata, questo programma non è l'unica esperienza a livello nazionale che segnala il tentativo di individuare nuove soluzioni ai vecchi e nuovi problemi del welfare italiano.

L'indicazione più di fondo è che l'emergenza in Italia di un welfare locale attivo basato sull'*empowerment* avviene in condizioni cariche di ambivalenza. Un'importante fonte di ambivalenza è la fragilità del contesto di policy. Come già accennato, la debolezza dei diritti nel campo socio-assistenziale è un aspetto rilevante di questa fragilità. La riforma costituzionale del 2001 in effetti ha aperto molte opportunità alla sperimentazione al livello regionale. Allo stesso tempo, essa ha perpetuato alcune ineguaglianze nel sistema di welfare italiano e ha

accresciuto l'incertezza della cornice regolativa nazionale. Le decisioni regionali possono avere un impatto significativo sugli *entitlements* sociali ma alcuni meccanismi redistributivi possono essere garantiti solo al livello nazionale. Inoltre, occorre considerare il problema delle risorse. Per quanto localmente ci si sforzi di investire e riconvertire risorse, gli eventi successivi all'approvazione della riforma dell'assistenza rendono la loro disponibilità da parte del livello centrale alquanto incerta. Mancando il controllo sulle risorse, l'attivazione dei cittadini difficilmente può essere indirizzata verso una strategia di lungo periodo di promozione del ben-essere.

Oltre le specificità nazionali, una conclusione di ordine generale che possiamo trarre dal caso studio è che nei processi di attivazione vi è un confine molto sottile fra riduzione e potenziamento della cittadinanza sociale. Stando ai risultati della nostra ricerca, possiamo dire che le dinamiche locali di riflessività e apprendimento istituzionale sono cruciali rispetto ai modi in cui questo confine viene costruito o spostato. Ma va sottolineato che esse dipendono in modo decisivo dalle scelte e dalle strategie assunte dal governo locale, oltre che dalle costellazioni delle culture politiche con cui si confrontano. Una dipendenza che, essendosi aperta con le ultime elezioni una nuova fase del ciclo politico regionale, rischia di manifestare proprio ora i suoi risvolti più negativi. Effettivamente, la sperimentazione è entrata in una fase di elevata incertezza rispetto alla sua evoluzione e al suo futuro. Però, stando a quanto dichiara il direttore dell'Ass di Trieste, questo non è un motivo per rinunciarci: «[…] diamo una mano al cittadino ad essere tale nel suo rione: che ci sia almeno un'istituzione fra le altre che dice "siamo qua, vogliamo fare delle cose insieme"». Forse, al contrario, è un motivo in più per provarci.

Riferimenti bibliografici

Amin A., 2005, *Local Community on Trial*, «Economy and Society», vol. 34, n. 44, pp. 612-33.

Barbier J. C., 2002, *The Welfare States in the Age of Globalization*, in Barbier J.-C. e Van Zyl E. (a cura di), *Globalization and The World of Work*, L'Harmattan, Parigi, pp. 129-146.

Bifulco L. e Centemeri L., 2008, *Governance and Participation in Local Welfare*, «Social Policy & Administration», vol. 42, n. 3, pp. 211-227.

Bifulco L. e de Leonardis O., 2006, *L'integrazione come opportunità politica*, in Donolo C. (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano, pp. 31-58.

Borghi V. e van Berkel R., 2007, *New Modes of Governance in Italy and the Netherlands: The Case of Activation Policies*, «Public Administration», vol. 85, n. 1, pp. 83-101.

Bricocoli M., 2007, *Territorio, contrattualizzazione e politiche urbane*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 140-164.

Castel R., 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Seuil, Parigi.

Castel R., 2007, *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes?*, La République des idées/Seuil, Paris.

Clarke J., 2005, *New Labour's Citizens: Activated, Empowered, Responsibilized, Abandoned?*, «Critical Social Policy», vol. 25, n. 4, pp. 447-463.

de Leonardis O. e Monteleone R., 2007, *Dai luoghi della cura alla cura dei luoghi*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 165-82.

Dean H., Bonvin J.-M., Vielle P. e Farvaque N., 2005, *Developing Capabilities and Rights in Welfare-to-Work Policies*, «European Societies», vol. 7, n. 1, pp. 3-26.

Donzelot J., Mével C. e Wyvekens A., 2003, *Faire société*, Seuil, Parigi.

Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.

Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.

García M., 2006, *Citizenship Practices and Urban Governance in European Cities*, «Urban Studies», vol. 43, n. 4, pp. 745-765.

Geldof D., 1999, *New Activation Policies: Promises and Risks*, in Heikkila M. (a cura di), *Linking Welfare and Work*, European foundation for the improvement of living and working conditions, Dublino, pp. 13-26.

Handler J.F., 2003, *Social Citizenship and Workfare in the US and Western Europe: From Status to Contract*, «Journal of European Social Policy», n. 3, pp. 229-43.

Hvinden B., 1999, *Activation: A Nordic Perspective*, in Heikkilä M. (a cura di), *Linking Welfare and Work*, European foundation for the improvement of living and working conditions, Dublino, pp. 27-42.

Istat, 2007, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, Roma.

Johansson H. e Hvinden B., 2007, *What Do We Mean by Active Citizenship?*, in Johansson H., Hvinden B. (a cura di), *Citizenship in Nordic Welfare States*, Routledge, Londra & New York, pp. 32-49.

Le Grand J. e Bartlett W. (a cura di), 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, Palgrave, Basingstoke.

Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino.

Massiotta S., 2006, *La sperimentazione Micro-WIN a Trieste*, Tesi di master in Sviluppo locale e qualità sociale, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Mauri D., 2007, *Friuli-Venezia Giulia: la leva dell'integrazione*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 62-78.

Mayer M., 2006, *Combattre l'exclusion sociale par l'empowerment: le cas de l'Allemagne*, «Géographie Économie Societé», vol. 8, n. 1, pp. 37-62.
Moreno L. e McEwen N., 2005, *Exploring the Territorial Politics of Welfare*, in McEwen N. e Moreno L. (a cura di), *The Territorial Politics of Welfare*, Routledge, Londra, pp. 1-40.
Neri S., 2006, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e in Gran Bretagna*, FrancoAngeli, Milano.
Offner J.-M., 2006, *Les territoires de l'action publique locale*, «Revue française de science politique», vol. 56, n. 1, pp. 27-47.
Paci M., 2005, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Il Mulino, Bologna.
Saraceno C., 1994, *The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State*, «Social Politics», vol. 1, n. 1, pp. 60-82.
Saraceno C., 2005, *Città, solidarietà, sicurezza*, in Mollica S. (a cura di), *Città e sviluppo*, FrancoAngeli, pp. 49-61.
Sen A.K., 1992, *Inequality Re-examined*, Harvard University Press, Cambridge.
Valkenburg B., 2007, *Individualising Activation Services: Thrashing out an Ambiguous Concept*, in Van Berkel R. e Valkenburg B. (a cura di), *Making It Personal*, Policy Press, Bristol.
Van Berkel R. e Møller I.H. (a cura di)., 2002, *Active Social Policies in the EU*, Policy Press, Bristol.
Van Berkel R. e Valkenburg B. (a cura di), 2007, *Making It Personal*, Policy Press, Bristol.
Villa M., 2007, *Dalla protezione all'attivazione*, Franco Angeli, Milano.

Manifesto del «Seminario permanente sulle politiche sociali e formative e l'empowerment del cittadino - Semper»

Il testo che segue illustra il profilo e le finalità di un'attività di studio permanente nata da un'esperienza di ricerca sul welfare locale e nell'ambito del Dipartimento di innovazione e società (Dies) dell'Università di Roma «La Sapienza». Il gruppo di studio, coordinato da Massimo Paci, è composto da docenti, dottorati, dottorandi, studenti della stessa facoltà e non solo[1]*. Nel documento viene delineato il percorso programmatico di analisi e riflessione del gruppo che intende contribuire allo sviluppo di un'ottica specifica che legge il cambiamento in atto nelle politiche sociali e formative secondo la tendenza ad una maggiore uguaglianza ed* empowerment *dei cittadini e entro un sistema di welfare democratico e partecipativo. Il gruppo si è andato costituendo tra il 2003 e il 2006, a partire da un progetto di ricerca sul mutamento istituzionale a livello del welfare locale – più precisamente, sui processi di democrazia partecipativa emergenti in alcune realtà locali nella costruzione dei «piani sociali di zona» – e vede impegnati docenti, ricercatori e dottorandi nei temi delle politiche sociali e del lavoro. Una volta conclusa l'esperienza di ricerca, esso ha proseguito periodicamente i suoi incontri approfondendo i concetti teorici e politico-culturali dell'impostazione seguita nel lavoro di ricerca da cui è poi scaturito il volume curato da M. Paci* Il welfare locale e la democrazia partecipativa *(Il Mulino, 2008). Più recentemente il Seminario sulle politiche sociali diventa gruppo di studio permanente, si amplia al settore delle politiche formative e si dota, oltre che di una prima struttura organizzativa, del documento che «Rps» è lieta di pubblicare in queste pagine.*

1. L'empowerment del cittadino e la riforma democratica del welfare

L'obiettivo che ci prefiggiamo è quello di offrire un contributo allo studio delle trasformazioni del welfare state, in una accezione ampliata, comprendente non solo le politiche sociali e del lavoro, che hanno co-

[1] Collaborano al coordinamento: Andrea Ciarini, Orazio Giancola ed Elisa Mariano. Membri promotori del Seminario sono altresì, tra i professori: Luciano Benadusi, Ernesto D'Albergo, Emmanuele Pavolini; tra i ricercatori, i dottori di ricerca e i dottorandi: Concetta Ambra, Gianluca Busilacchi, Caterina Cortese, Alessandra Fasano, Claudia Pratelli, Alessia Sabbatini. E-mail: seminariopermanente@uniroma1.it.

stituito fin qui un oggetto di studi specifico e separato, ma anche quelle educative o formative, in tutte le loro istanze, nonché quelle sanitarie.
In questa analisi, l'intenzione è quella di cogliere il cambiamento in relazione non solo agli sviluppi dell'economia o alla riforma delle istituzioni o, ancora, alle strategie degli attori in presenza, ma anche agli aspetti sociali e culturali, più costanti e di lungo periodo, specifici ai vari ambiti nazionali e sub-nazionali. La loro considerazione è cruciale per un approccio aperto all'individuazione degli andamenti processuali che guidano il mutamento delle istituzioni del welfare. Lungi dall'aderire a visioni finalistiche o deterministiche della storia, siamo tuttavia consapevoli della necessità di superare atteggiamenti scettici verso la possibilità di dare una immagine razionale a quel processo di modernizzazione, secolarizzazione e individualizzazione, in cui ancora la società europea è immersa, e che ancora attende di essere pienamente analizzato nelle sue diverse componenti.
In particolare per quanto riguarda le istituzioni del welfare nella accezione già accolta, lo scopo che intendiamo perseguire è dunque quello di dare luogo a una analisi che sappia procedere per imputazioni causali di attori e vicende relative al passato ma anche ai possibili sviluppi del welfare, come quadri ipotetici da sondare e mettere alla prova. L'idea generale che ci muove è che nelle trasformazioni in atto emergano non solo i caratteri della crisi e della perdita delle certezze, ma anche i segni di una possibile ricomposizione delle istituzioni del welfare in forme che tuttavia ancora attendono di essere messe a fuoco. In questa prospettiva, l'ipotesi è che in tale fase di transizione siano in atto cambiamenti che possono prefigurare una ulteriore «democratizzazione» del welfare; in altre parole, assumiamo che emergano oggi non solo le condizioni di superamento degli assetti istituzionali che si sono evoluti fino al più recente passato, ma anche i presupposti perché le istituzioni del welfare evolvano in direzione di una progressiva attivazione e partecipazione dei cittadini, singoli o associati, al loro funzionamento.
Nella terminologia di Lisbona 2000, potremmo parlare di uno sviluppo in direzione di un *active and inclusive welfare state*. Ma preferiamo parlare di welfare «democratico», per mettere l'accento sulla azione promozionale o abilitante dell'intervento pubblico, volta a favorire una maggiore responsabilità e un maggiore *empowerment* (o *capacitazione*) dei cittadini. Nelle politiche sociali e formative l'attivazione richiama l'*empowerment* nella misura in cui punta al rafforzamento del ruolo del cittadino-utente lungo l'intera filiera della programmazione, implementazione, gestione e valutazione degli interventi.

Per questo, è importante anzitutto l'esistenza di una rete di diritti sociali fondamentali del cittadino, universali e non condizionabili, indipendenti dalla collocazione socio-professionale, dall'età, dal genere e dalla appartenenza etnica (pur nella necessaria compresenza di diritti e doveri). Di particolare importanza oggi, nelle nostre «società della conoscenza» è anche la questione della opportunità di accesso alla informazione e ai processi formativi.
Le azioni attivanti l'*empowerment* del soggetto vanno dalla promozione del potere di scelta tra alternative di offerta (siano queste riferite all'inserimento lavorativo, all'accesso alla formazione e alla cultura, ai servizi sociali e all'assistenza economica) alla possibilità di sviluppare una contrattazione con l'amministrazione circa la definizione e l'implementazione dell'intervento.
L'*empowerment* tuttavia, non riguarda solo il rapporto tra il singolo utente e l'amministrazione (nelle sue diverse articolazioni), ma anche l'azione degli attori locali, associativi e non, rappresentativi della società civile, che interagiscono con le amministrazioni all'interno dei sistemi della governance territoriale. Da questo punto di vista, le tendenze all'*empowerment* interessano tutto il tessuto di attori implicati nella governance dei servizi sociali, formativi e culturali. L'*empowerment* richiama qui il concetto di partecipazione sociale, sfociando sul terreno del riconoscimento della valenza politica (intesa come democrazia partecipativa) della capacità d'azione dei singoli utenti e delle loro organizzazioni di rappresentanza (dalle reti di comunità agli attori sindacali) nei processi di policy-making.
Infine, va sottolineato che le istituzioni pubbliche possono attivare processi di «autoapprendimento», favorendo un funzionamento più aperto e «democratico» della loro organizzazione interna, che siano in grado anche di incidere positivamente sulla riuscita degli interventi sociali. Qui sono cruciali le ricadute istituzionali che i nuovi indirizzi di policy hanno sulle amministrazioni pubbliche in termini di efficienza e rafforzamento delle capacità amministrative, miglioramento della governance locale, acquisizioni interne e crescita delle competenze, innovazione dei modelli organizzativi e diffusione di nuove pratiche operative.

2. Aspetti di metodo

Assumendo dunque come centrali i concetti di attivazione, *empowerment* e partecipazione, si vuole indagare la «democraticità» delle istitu-

zioni del welfare nei settori indicati di politica sociale. L'obiettivo è quello di rendere conto della complessità del mutamento in corso, nella consapevolezza che i fattori istituzionali e politici non operano in un ambiente scevro da influenze sociali e culturali. Certo, sugli esiti di tali svolgimenti hanno influenza le persistenze istituzionali, come le rotture dei paradigmi organizzativi. Ma anche gli *humus socio-culturali*, nelle loro specificità nazionali e sub-nazionali, possono contribuire a spiegare le differenze negli esiti dei processi di riforma.

Questa analisi si svolgerà nell'idea che il cambiamento non identifica un *prima* e un *dopo uguali per tutte le situazioni esaminate*, né che esso si produca secondo forme e intensità comuni nei differenti contesti nazionali o sub-nazionali. Il cambiamento non sospinge verso una soluzione unica, alla quale i differenti sistemi nazionali e locali tenderebbero necessariamente. Possiamo parlare invece di una «convergenza di obiettivo» (verso un «welfare democratico»), che può esprimersi tuttavia in assetti istituzionali e culturali diversi, afferenti all'evoluzione storica dei vari «*welfare regimes*» nazionali, che per questo motivo mutano dando luogo ad adattamenti o a modelli «misti» (ma funzionali ad uno stesso obiettivo di fondo). La consapevolezza delle diversità che intercorrono nelle trasformazioni del welfare non ci impedisce tuttavia di guardare a un luogo teorico più ampio o a un modello teorico idealtipico. L'idea che non esistano processi di mutamento riassumibili in direttrici di riforma certe e omologanti, non ci esime dal riferimento a un *tipo ideale* di «welfare democratico» cui commisurare le realtà che indaghiamo. Si tratta di un dispositivo che ci è utile per imputare a determinati fattori le condotte degli attori e per comprendere le innovazioni istituzionali in atto nei contesti osservati.

Questo modello identifica un insieme di politiche che mirano all'*empowerment* del cittadino-utente, quali:

a) politiche di affermazione e salvaguardia dei diritti sociali fondamentali (o «non condizionabili») dell'individuo, indipendentemente dalla sua situazione reddituale o lavorativa, dall'età, dal genere e dalla appartenenza etnica;

b) politiche di redistribuzione del lavoro (e del tempo di lavoro) sulla base di una idea complessiva di società nella quale non solo il lavoro formale di mercato sia criterio di inclusione e godimento dei benefici sociali, ma in cui anche l'impegno in attività fuori mercato socialmente riconosciute (lavoro di cura, volontariato e lavoro di comunità) sia valorizzato e integrato nel sistema della cittadinanza economica e sociale;

c) politiche volte a potenziare l'accesso dei cittadini ai processi culturali e formativi, in tutte le loro istanze e livelli, nonché la partecipazione consapevole degli utenti alla loro riforma e implementazione;
d) politiche di attivazione e responsabilizzazione del cittadino-utente, tramite la promozione delle possibilità di scelta (*choice*) e di negoziazione (*voice*) nei confronti dell'amministrazione;
e) politiche volte a favorire la «democrazia partecipativa» o la partecipazione sociale al policy-making locale dei cittadini singoli e associati;
f) politiche di «auto-apprendimento» e apertura «democratica» verso l'interno e verso l'esterno dei servizi e delle istituzioni amministrative pubbliche.

3. Prime specificazioni

Nel modello idealtipico di «welfare democratico» lo sviluppo di una politica di welfare abilitante, che sia in grado di favorire la responsabilizzazione, l'attivazione e la partecipazione dell'utente, deve fondarsi anzitutto sul riconoscimento di un corpo di diritti minimi universali a prescindere dalle differenze locali in cui si producono le politiche e tali per cui non siano soggetti ad alcuna condizionalità. Si tratta di una base di diritti accessibili e esigibili da tutti indipendentemente dalla collocazione geografica, dalla condizione reddituale e lavorativa, dallo status del cittadino-utente, dal genere, dalla razza. Le politiche di attivazione tendono oggi alla personalizzazione, nel senso che sono incentrate sulle esigenze particolari dei cittadini e sulla valorizzazione della libertà di scelta, ma questo non deve inficiare il livello minimo di diritti sociali acquisiti.
In questo modello, il riferimento al lavoro è centrale come canale primario attraverso cui raggiungere una piena e adeguata integrazione sociale. Qualsiasi politica del lavoro deve porre in essere meccanismi e interventi che si pongano l'obbiettivo di favorire la piena occupazione, oltre che ovviamente rispondere ai bisogni economici della famiglia. Da questo punto di vista non solo le politiche del lavoro, ma anche il complesso degli interventi per la conciliazione vita-lavoro, le politiche formative e quelle per l'invecchiamento attivo, devono concorrere a realizzare un sistema di prestazioni in grado di estendere le maglie delle partecipazione al mercato del lavoro. Questo vale in par-

ticolare per i soggetti tradizionalmente collocati più ai margini dei settori centrali del mercato del lavoro, come le donne, i giovani, i disoccupati di lungo periodo, gli inabili, i lavoratori over 45. Tutti costoro costituiscono dei target di utenza verso i quali occorre rafforzare la tutela attiva sul territorio, in un rapporto più stretto con le misure di indennizzazione passiva (pure imprescindibili).

Fatto salvo l'obbiettivo della piena occupazione, nel modello ideale trovano spazio inoltre anche attività generalmente collocate al di fuori dei perimetri della concezione formale del lavoro, ma che sono fondamentali per il funzionamento del welfare, come le attività di assistenza e cura familiare e quelle di impegno volontario in organizzazioni associative. In altre parole, il modello ideale di società attiva valorizza non solo il lavoro di mercato (sebbene esso rappresenti un elemento cruciale dell'integrazione nella società), ma altresì quello fuori mercato, il quale entra così nel modello di attivazione-abilitazione o *empowerment* del cittadino. Segni di questo si ritrovano nella promozione del part-time (tutelato, incentivato, volontario o scelto) e dei congedi dal lavoro, come misure di redistribuzione del lavoro e conciliazione tra attività familiare e lavoro, nonché nel riconoscimento giuridico ed economico del *care-giving* familiare e dell'impegno volontario, in un rapporto con il mercato del lavoro che passa per la possibilità di combinare lavoro per il mercato e lavoro fuori mercato.

In questa prospettiva, diviene centrale il ruolo del sistema educativo. Negli ultimi dieci anni il sistema dell'*education* è stato sottoposto ad un intenso periodo di riforme che si è sostanziato in alcune importanti spinte al cambiamento. Tale dinamica è prodotta tanto da fattori esogeni (riforme delle pubbliche amministrazioni, necessità di integrazione tra i diversi sistemi nazionali) quanto da fattori endogeni ai sistemi educativi (nuova concezione della scuola e dell'apprendimento da parte dei diversi attori che vi operano). È evidente inoltre che le politiche formative tendono a valorizzare e includere nel novero degli attori formativi riconosciuti anche soggetti esterni al sistema educativo in senso stretto (scuole primarie, secondarie e università). In questo processo di cambiamento il sistema dell'*education* si dovrebbe porre quale «garante» del raggiungimento di una soglia minima di competenze per tutti, permettendo così al «cittadino» di godere pienamente dei propri diritti e supportandone il processo di acquisizione di autonomia. Allo stesso tempo il sistema educativo è chiamato a rispondere tanto alle sfide della valorizzazione delle eccellenze quanto all'inclusività e alla programmazione e implementazione di politiche che af-

frontino efficacemente il nodo delle disuguaglianze (sociali, territoriali, ecc.) ancora oggi fortemente presenti nel sistema educativo e formativo italiano.

Nel modello di società attiva auspicabile, spetta al livello di regolazione centrale il compito di garantire i diritti, sia in forma diretta, sia attraverso il coordinamento dei processi regolativi che si svolgono localmente. Ma è sul territorio che si programmano e si implementano le politiche di welfare, anche se in un rapporto di interdipendenza con i livelli amministrativi superiori. È dunque nelle reti del welfare locale che si realizza il processo di *empowerment* nelle sue diverse articolazioni. Fatta salva la possibilità di beneficiare di un mix di interventi passivi e attivi, esso attiene alla responsabilizzazione e abilitazione del soggetto utente nel rapporto con l'amministrazione, prevedendo margini di contrattazione, possibilità di scelta tra alternative di offerta, e coinvolgimento nella definizione dell'intervento, sia esso di recupero formativo o re-inserimento lavorativo o socio-assistenziale. La realizzazione di un vero *empowerment*, dovrebbe includere quindi la possibilità che il cittadino-beneficiario possa rifiutare eventuali proposte ritenute non valide o non percorribili, e che possa anche dire la sua sul servizio o progetto che gli si propone, evitando che questo gli venga «cucito addosso».

In riferimento alla progettazione sociale in particolare, l'apertura a forme di contrattazione e programmazione partecipata, non riguarda solo i singoli utenti, ma altresì vede implicate le organizzazioni di rappresentanza, siano queste di matrice sindacale o di terzo settore. In questo modo il ricorso a procedimenti partecipativi vede allargarsi la platea degli attori, singoli o associati, chiamati a interagire insieme all'attore pubblico nella costruzione delle politiche. (Qui si pone il problema – sul quale sappiamo ancora troppo poco – del grado di rappresentatività sociale e di democrazia interna delle associazioni e dei soggetti della società civile).

Nel nostro modello l'*empowerment* corrisponde anche ad una crescita del ruolo dei cittadini-utenti nel funzionamento delle amministrazioni pubbliche, le quali sono chiamate ad attivarsi per favorire processi di innovazione istituzionale e auto-apprendimento organizzativo funzionali a tale crescita. Nel welfare democratico è possibile dunque stabilire una scala di democraticità delle azioni delle amministrazioni, sulla base delle dinamiche organizzative messe in atto (al proprio interno e verso l'esterno), per favorire il miglioramento delle performance offerte al cittadino e l'auto-apprendimento organizzativo «democratico».

Gli autori

Marco Arlotti è dottorando di ricerca in Sociologia economica presso la Facoltà di Economia dell'Università statale di Brescia. Svolge attività di ricerca sui temi della dimensione territoriale e finanziaria delle politiche sociali.

Ugo Ascoli è professore ordinario di Sociologia economica e Politiche sociali; attualmente è assessore alla Conoscenza, istruzione, formazione e lavoro nella Regione Marche.

Eduardo Barberis è dottore di ricerca in Studi urbani e locali e assegnista di ricerca presso la Facoltà di Sociologia dell'Università di Urbino «Carlo Bo». Presso la stessa facoltà è titolare dell'insegnamento di Politiche dell'immigrazione.

Lavinia Bifulco è professore associato presso la Facoltà di Sociologia dell'Università di Milano-Bicocca dove insegna Sistemi locali di welfare. È membro del Laboratorio di Sociologia dell'azione pubblica «Sui Generis» dell'Università di Milano-Bicocca.

Massimo Bricocoli è ricercatore presso il Dipartimento di Architettura e pianificazione del Politecnico di Milano. Insegna Lavoro sociale e territorio, presso l'Università di Cà Foscari di Venezia. È membro del Laboratorio di Sociologia dell'azione pubblica «Sui Generis» dell'Università di Milano-Bicocca.

Francesca Carrera è ricercatrice presso l'Ires nazionale, si occupa in particolare delle tematiche del welfare locale, dell'invecchiamento attivo e dell'immi-grazione.

Stefano Cecconi, sindacalista, lavora presso il Dipartimento Welfare della Cgil nazionale dove è responsabile delle Politiche della salute. È stato segretario generale della Camera del Lavoro di Padova e segretario confederale della Cgil Veneto.

Gianfranco Coronas è ricercatore presso l'Isfol. Le sue principali aree di studio riguardano i problemi giuridici connessi con la formazione continua in Italia e in ambito europeo.

Maurizio Ferrera è professore ordinario di Teoria e politiche dello stato sociale presso l'Università degli studi di Milano, dove presiede la Graduate School in Social, Economic and Political Sciences. È inoltre direttore di Urge (Unità di ricerca sulla governance europea) presso il Collegio Carlo Alberto di Moncalieri.

Maria Cecilia Guerra insegna Scienza delle finanze nell'Università di Modena e Reggio Emilia. È tra i fondatori del Capp (Centro di analisi delle politiche pubbliche).

Yuri Kazepov è professore associato di Politiche sociali comparate all'Università di Urbino «Carlo Bo», dove è presidente del Corso di laurea specialistica in Organizzazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali. È tra i fondatori di ESPAnet Europa.

Michael Keating è professore di Scienze politiche e sociali presso lo European University Institute; è professore – attualmente in congedo – presso l'Università di Aberdeen (Scozia), dove insegna Politica scozzese.

Ilaria Madama è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Studi del lavoro e del welfare dell'Università degli studi di Milano.

Franca Maino è ricercatrice presso il Dipartimento di Studi del lavoro e del welfare dell'Università degli studi di Milano. Con Il Mulino ha pubblicato nel 2001 il volume *La politica sanitaria*.

Manuel Marocco è ricercatore presso l'Isfol. È dottorando alla Scuola internazione in Diritto delle relazioni di lavoro, presso l'Università di Modena e Reggio Emilia; collabora con la cattedra di Diritto del lavoro della Facoltà di Scienze politiche dell'U-niversità di Roma «Sapienza».

Saul Meghnagi presiede l'Isf-Cgil. Ha fatto parte del consiglio d'amministrazione del Centro europeo per la formazione (Cedefop/Ue), del comitato direttivo dell'Istituto per l'educazione dell'Unesco (Iue).

Raffaele Monteleone è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e ricerca sociale dell'Università degli studi di Milano-Bicocca e insegna Politiche pubbliche e sociali presso l'Università Cà Foscari di Venezia. È membro del Laboratorio di Sociologia dell'azione pubblica «Sui Generis» dell'Università di Milano-Bicocca.

Stefano Neri è dottore di ricerca in Sociologia economica e assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Studi del lavoro e del welfare dell'Università degli studi di Milano.

Emmanuele Pavolini è professore associato di Sociologia economica e Politiche sociali presso l'Università degli studi di Macerata. I suoi interessi scientifici riguardano soprattutto i modelli di governance nelle politiche sociali territoriali.

Mauro Pellegrino è dottore di ricerca in Sociologia, teoria e metodologia del servizio sociale. Ha insegnato Politica sociale nelle Università di Trieste e Siena e collabora all'Area Welfare dell'Ires nazionale.

Andrea Tardiola è dirigente del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. È professore incaricato di Scienza dell'amministrazione all'Università della Tuscia.

English Abstracts

From Welfare State to Welfare Regions: The Spatial Reconfiguration of Welfare in Europe

Maurizio Ferrera

The last twenty years have seen an increasingly important role for territories at sub-national level in many areas of welfare: from the health servvice to the social services, from active labour policies to inclusion. This trend is connected to two macro-factors. The first is internal, and connected to the growing difficulties of central governments in managing welfare policies on the financial and organisational level, particularly now that there are new neo-localist attitudes and movements. The second factor is European integration, which has gradually attenuated the regulatory «safety-belts» around the nation states and supplied incentives and resources that can implement region-building processes, to a large extent based on the territorial differentiation of policies. The outcome of these processes is for the moment still open. On the one hand, re-territorialisation could make welfare more efficient and more effective; on the other hand, it could set off centrifugal dynamics, if not actual «destructuring» of the national welfare systems: a worrying scenario in its social and political consequences.

The Territorial Dimension in Welfare Policies in Europe: Some Reflections on the Processes of Rescaling and Governance

Yuri Kazepov, Eduardo Barberis

This article examines the changes in the welfare systems of eight European countries, considering the (implicit and explicit) processes of the territorial reorganisation of welfare policies as a valuable observation point. These processes have involved new territorial configurations and public and private agents in organising and financing various welfare policies. The vertical and horizontal analysis of these

changes brings out a notable interaction between these two dimensions that leads to coherent, but specific, outcomes. Indeed, the convergence of trends of rescaling and governance leads to outcomes linked to the characteristics of the national and local welfare models that adapt changes to local conditions.

Health Services in Europe: Decentring and Re-Centralisation

Franca Maino, Emmanuele Pavolini

The article offers a comparative account of the situation of the institutional set-ups for health services adopted in various countries of western Europe. The health service is one of the main fields in which the processes of decentring have been most marked and debated over the years. This study shows how it is not possibile to identify one trend and timing for all western countries. The type of model adopted (insurance-based or a national health service), like belonging to different welfare «families» (the Scandinavian, English, continental or Mediterranean ones), influence the course taken in recent decades by the various public health systems in terms of decentring and, in some cases, of re-centralisation.

The Structuring of Regional Health Services and the Governance of the Health System

Stefano Neri

In the 1990s decentring the national health service was the signal for processes of institutional differentiation between the Regions, from which emerged three models of governance for the health system. In recent years, however, most of the Regions have partially converged on regulatory solutions based on principles of cooperation and integration between the health organisations, pursued through negotiating or centralised planning. This trend is probably a response to the common problem of control of expenditure and financial retrenching, which, in the most critical cases, risks heavily conditioning regional autonomy, setting off process of recentralisation of the health service.

Italy. National and Regional Healt System: Debts and Equity

Stefano Cecconi

Tax federalism in Italy is closing in on us, while the gap between North and South increases. In the welfare system the gap concerns both essential levels of services as well as the economic-financial situation. Analysing the balance sheets of recent years and some indicators of the state of organisation of the regional health services, we can see how the deficit in many Regions is not due to under-financing so much as to different planning and organisational choices. In the less virtuous Regions there is an extremely close link between deficits and distortions in services, while in the more virtuous Regions the positive balance results are accompanied by indicators that show better organisation and greater appropriateness. This is confirmed by the plans of the six Regions with serious deficits for dealing with the situation. This shows the importance of local governance and at the same time the need, particularly in a federal country, for strong national control to guarantee uniform essential services throughout the country.

Regional Governances: Models and Performance's Evaluation

Emmanuele Pavolini

In the last thirty years Italy has witnessed a process of the decentring of regulatory and management powers for social policies from the state to the sub-national, and often regional, level. Starting from an analysis of regional welfare is useful, not only for analysing an important dimension of welfare organisation (most health expenditure is managed at this level and much of the resources and control of other social policies is in the hands of the Regions), but also to understand more generally how the regional political and socio-economic systems are changing.

More territorialised welfare systems built to a greater extent around the sub-national level of government raise the problem of territorial difference and inequalities, particularly in a country like Italy, where these features are already evident. The article focuses on how different the performance levels are for systems of regional welfare and what might explain them, trying to evaluate the role of dimensions

such as political orientation, models of governance, the level of economic development and the more socio-cultural aspects such as social capital.

Governing Welfare at Local Level: a Note on Policy, Bureaucracy and Coalitions of Interests

Ugo Ascoli

The article is written from a particular point of view, that of a regional administrator who has also had many years of research experience in Italian universities, studying welfare systems, and offers a reasoned account of some key critical aspects of the creation of social policies at regional level. It thus offers an inside analysis of the regional administrative machine, using the techniques and tools of university research. It illustrates some of the main points involved with making social policy at regional level, connected with intervention models and philosophies, the characteristics of the administrators, and the relation between bureaucracy and policy and between the various levels of government.

Tax Federalism: which Financing for which Functions

Maria Cecilia Guerra

This paper discusses the implementation of «tax federalism» in Italy, concentrating on the link that should exist beteen the type of legislative and administrative functions attributed to the decentred bodies, how they are financed, and the plan for equal distribution. Different views are compared concerning citizen solidarity, the autonomy of territorial bodies and investing them with responsibility, and behind these views emerges the redistributive conflict between the North and South of the country. Taking the problems connected with defining and financing essential service levels as an example, the article shows how the principle problems are not connected so much with preparing a delegated law, on which the general guiding principles are often open to different interpretations, as identifying how to implement it effectively.

The Importance of The «Standard Cost» in the Federalist Reform of Welfare

Andrea Tardiola

The article examines one of the components of the projects to implement the federalist reform of the Italian system: the recourse to standard costs as a criterion instead of standard needs and traditional levels of expenditure. Starting from the constatation that, for all the differences in the plans for implementing article 119 of the Constitution, they have been based on the idea of standard costs, the article seeks to bring out the technical, methodological and political complexity of the way the new system has been put into pratice, partly through recourse to experiences – particularly in the health sector – that might provide useful indications. It also draws attention to how much an apparently auxiliary aspect, like standard costs, contributes decisively to defining the type of federalism that will be implemented in the country, and, where welfare policies are concerned, how it might constitute one of the dividing lines between a system that reduces territorial autonomy and one that guarantees it, but incorporating the risks of less control of the already dramatic differences.

Regionalism Italian Style? Some Considerations Starting from the Financial Dimension of Regional Social Policies

Marco Arlotti

This contribution analyses the present state of social regionalism in Italy through the financial dimension, following the profound changes that have overtaken the territorial organisation of responsibilities and functions. What emerges is a picture with a series of persistent features, rooted in certain historical factors that have accompanied the role of the Regions in social policies, but also some signs of change that indicate a desire on the part of the Regions to take the centre of the stage. The combination of these two elements offers possibile opportunities, but also risks that may be connected to the current territorial weighting of social policies towards the Regions.

Regionalization and Labour Market

Manuel Marocco

This essay examines the various phases in the development that has taken place over a decade in regional legislation on the labour market. It begins by considering the organisational and functional modernisation of labour services, a result of the administrative decentralisation of the late 1990s that implemented the so-called Bassanini Reform. But it was the constitutional reform of 2001, giving the Regions legislative power over «protection and safety in the workplace» that was, for some of them at least, the opportunity for rethinking the role of local administrations in overseeing the labour markets in their territory. Not only has there been a rethinking, more or less serious, of the oranisational and managerial model of the 1990s, but the Regions in particular, on the lookout as they are for areas of intervention that tend to be ignored by central government, have started to experiment new ways of encouraging «quality of work».

Regionalization and Professional Training

Gianfranco Coronas, Saul Meghnagi

In Italy the constitutional reform of section V in 2001 attributes legislative responsibility for education and professional training to the Regions/Autonomous Provinces. These territorial institutions passed regulations to create integrated sysytems of training and education that would bear in mind manufacturing requirements and, some more than others, to integrate the various channels of financing. Starting from this scenario, the essay provides an up-to-date account of the regional system of education and professional training in Italy, dwelling in particular on the regional laws and the operative regional plans (Por) Esf 2007-2013 for Emilia-Romagna and Campania which underwrite agreements with the social partners for a complementary use of (national and regional) public and private (joint regional funds) resources for continuous training.

Regionalization and Social-Assistance Policies

Ilaria Madama

The article examines the emergence of new «spaces of social citizenship» at sub-national level in Italy with reference to welfare policies. In this

sector, intermediate levels have traditionally had a major role since the Regions were first set up, and this has gradually extended to the attribution of exclusive responsibility in the matter, thanks to the recent reform of section V of the Constitution. After tracing the historical development of welfare policies in Italy, the article analyses the differences that exist at regional level in terms both of expenditure and of services offered. The essay concludes with some reflections on scenarios and prospects that are opening in our country today for the welfare sector, particularly wth reference to the process of defining essential levels of services.

Regionalization and Non-self-sufficient Policies

Francesca Carrera, Mauro Pellegrino

The article is based on a re-reading of some of the main results of an investigation by Ires (Institute of Economic and Social Research) on some of the characteristics of local systems' social services for elderly non-self-sufficient persons. While bringing out some good practices to be found in the country both in regulations and in organisation and management, the study – carried out in 100 provincial capitals – confirms how widespread are traditional services for the non-self-sufficient, characterised by poor integrated services and by an imbalance between (most widespread) economic contributions and services. This introduces the complex subject of the relation and integration of «social» and «health» expenditure, which, whatever choice is made, will require the deployment of much greater resources than there have been in the past, although not necessarily starting from scratch. This raises the question of setting up «Funds for the non-self-sufficient» – now more and more often on a regional as well as national basis – understood as a «social» response able to channel and contain the economic effort that is inevitably required by the new challenge.

«KEY-WORD»

The Invention of Regions: Political Restructuring and Territorial Government in Western Europe

Michael Keating

Regionalism has come back to prominence, as the political, economic, cultural, and social meaning of space changes. In some ways, politics,

economics, and public policies are deterritorializing; but at the same time there is a reterritorialization. The «new regionalism» is the product of this decomposition and recomposition of the territorial framework of public life, consequent on changes in the state, the market, and the international context. Functional needs, institutional restructuring, and political mobilization all play a role. Regionalism must now be placed in the context of the international market and the European Union, as well as the nation-state.

CASE STUDY

Local Welfare and Reflexive Institutions. Implemetation Processes in Friuli-Venezia Giulia

Lavinia Bifulco, Massimo Bricocoli, Raffaele Monteleone

Following decentralization processes, many Italian Regions have been acting as policy laboratories, developing very different approaches according to their political attitude. On the one hand this gives rise to a scenario of fragmented policies and growing inequalities in the Italian welfare system. On the other hand, opportunities are opening for trying new institutional and organizational structures at regional level. In this article we focus on a pilot programme which aims to promote and implement innovative practices in health and social care services in Friuli Venezia Giulia. On the basis of this case study, we offer an analytical overview of some issues involving the development of «local active welfare» in Italy.

RECOMMENDED

Manifesto of the Permanent Seminar on Social and Training Policies and Citizen Empowerment (Semper)

The text illustrates the profile and aims of a permanent study group that grew out of research on local welfare at the Department of innovation and society (Dies) of the University of Rome Sapienza. The study group, coordinated by Massimo Paci, is made up of teachers, researchers, research students and undergraduates from inside and outside the Faculty. The document underlines the planned direction of the group's analyses and reflections, aimed at con-

tributing to developing a specific viewpoint to interpret the ongoing change in social and training policies following the trend to greater citizen equality and empowerment within a democratic and partipatory democratic welfare. The group was set up between 2003 and 2006, starting from a research project on institutional change at the level of local welfare – on the process of particpatory democracy emerging in some localities in the creation of «area social plans», to be precise. Once this research had been concluded, the members continued to meet periodically to discuss the theoretical and politico-cultural concepts behind their research, which led to the volume edited by M. Paci Il welfare locale e la democrazia partecipativa (Il Mulino, 2008). More recently the Seminar on social policies became a permanent study group, extended to the sector of training policies with an organised structure for the first time, and produced this document, which Rps is happy to publish.

Call for Paper

«La Rivista delle Politiche Sociali» informa che, a partire dal fascicolo n. 2-09 nella sezione «Fuori dal tema» verranno pubblicati saggi valutati da referee anonimi e non vincolati tematicamente alla monografia. I giovani ricercatori e studiosi interessati a sottoporre un proprio lavoro potranno inviare il loro paper al di fuori di specifiche scadenze.

Per quanto riguarda la *programmazione monografica 2009*, si annuncia che sono previsti numeri dedicati ai seguenti temi:

- Genere (n. 2-09);
- Informazione, conoscenza e decisione (n. 3-09);
- La Strategia europea di Lisbona (n. 4-09).

I lavori proposti per la parte monografica saranno valutati sulla base di un abstract (max 1.800 caratteri, spazi inclusi) che dovrà pervenire alla redazione entro:

- per il n. 2, il 10 dicembre (intero contributo 10 marzo);
- per il n. 3, il 10 febbraio (intero contributo 10 giugno);
- per il n. 4, il 10 maggio (intero contributo 10 settembre).

Sia nel caso della sezione «Fuori dal tema», sia per i contributi destinati alle monografie, i saggi dovranno basarsi su ricerche o analisi originali ed essere conformi nello stile e nei contenuti ad un articolo di tipo accademico. La lunghezza dei lavori non dovrà superare i 30.000 caratteri, spazi inclusi.

Gli articoli e/o gli abstract dovranno essere inviati per posta elettronica alla redazione della rivista – redazione@larivistadellepolitichesociali.it – ed essere accompagnati da un breve *curriculum vitae* del percorso formativo/professionale dell'autore, dai dati anagrafici e di residenza.
Inoltre, le mail dovranno contenere nell'oggetto la dicitura «proposta di contributo_FdT» o «proposta di contributo_monografia».

Gli autori riceveranno comunicazione solo nel caso i propri lavori siano stati accettati; questa comunicazione avverrà entro 60 giorni dalla ricezione da parte della redazione.