

Modelli di welfare e logiche di intervento nei servizi sociali territoriali: verso una prospettiva di Social Investment?

Nel maggio 2016 la “Fondazione degli Assistenti sociali della Toscana per la formazione e la ricerca” ha attribuito alla tesi di laurea magistrale da me discussa nell’ottobre del 2014 presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell’Università di Pisa- Corso di laurea in Sociologia e Politiche Sociali- il riconoscimento previsto dal I° Bando di concorso per tesi di ricerca sul Servizio Sociale professionale .

E’ quindi con piacere che rispondo con questo mio lavoro all’invito della Fondazione a presentare una sintesi della tesi per una sua pubblicazione nei Quaderni della Fondazione-Sezione Ricerche.

Febbraio 2017

Drssa Giovanna Spanedda

Introduzione.....	4
Parte Prima - Il contesto	5
Capitolo 1. Il Welfare Europeo	5
1.1 Cenni storici e modelli di sviluppo.....	5
1.2 La crisi del Welfare Fordista ed il suo processo di ristrutturazione	7
1.3 Il sistema di Welfare Italiano	11
Capitolo 2. Dinamiche demografiche e sociali: nuove pressioni sul welfare.....	18
2.1 L'Europa sta invecchiando.....	18
2.2 Dinamiche sociali e demografiche in Italia.....	20
2.3 Le dinamiche della spesa sociale al tempo della crisi: la situazione italiana	27
Parte Seconda - Realtà territoriali e logiche di intervento	32
Capitolo 3. Quale modello di Welfare nelle politiche sociali del Valdarno Inferiore.....	32
3.1 Il paradigma del Social Investment	32
3.2 Il modello dei servizi e la logica delle risposte: ricerca su approccio culturale di riferimento e logiche di intervento nei servizi per la popolazione anziana	35
3.2.1 Il primo focus: i percorsi assistenziali a favore della popolazione anziana	37
3.2.2 Il secondo focus: il punto di vista degli operatori sulle logiche dei percorsi assistenziali.....	45
3.2.3 Conclusioni.....	50
Capitolo 4. Servizi per la popolazione anziana e modello di welfare nel Valdarno Inferiore nella prospettiva del Social Investment.....	54
4.1 I bisogni, la loro valutazione e le logiche di intervento	54
4.2 La presa in carico: l'integrazione, gli approcci alla famiglia.	56
4.3 Conclusioni: una nuova prospettiva di intervento.	59
Riferimenti Bibliografici	61

Introduzione

Il dibattito culturale sul welfare in Italia, concentratosi storicamente su altri ambiti delle politiche pubbliche, ha lasciato in secondo piano il tema del Welfare Sociale, così facendo da specchio ad una politica nazionale che sinora non è riuscita a garantire diritti sociali di cittadinanza. Questo atteggiamento di “minore attenzione” permane nonostante i richiami e le raccomandazioni che l’Unione Europea rivolge ai paesi membri per l’adozione di politiche sociali innovative, caratterizzate da un forte investimento nel capitale sociale.

Ma i territori e le comunità locali, investiti da profonde trasformazioni demografiche, sociali ed economiche, esprimono una richiesta crescente di welfare sociale e l’estensione del disagio determina un aumento della richiesta di sostegno nei confronti dei Servizi Sociali territoriali.

Questo studio si interroga sul tipo di risposta che i Servizi Istituzionali sono in grado di dare alle richieste crescenti di aiuto che provengono da singoli e famiglie, cercando di mettere a fuoco il modello di welfare e le logiche di intervento che informano i Servizi e di capire quanto essi, nell’attuale quadro sociale ed economico, siano realmente in grado di sostenere gli individui e le famiglie nei loro percorsi di vita.

«Quale strategia informa la nostra azione? In vista di cosa stiamo operando?» Questi sono i temi su cui si interrogano gli operatori dei servizi pubblici del territorio scelto come ambito di indagine per il lavoro di ricerca.

L’elaborato procede assumendo come riferimento per l’analisi il paradigma del *Social Investment*, che è alla base del welfare dei paesi scandinavi e che, nell’ultimo periodo, costituisce nell’ambito dell’Unione Europea un indirizzo comune per la riforma delle politiche sociali e viene proposto ai paesi membri come orientamento da seguire.

La prima parte contestualizza la ricerca nello scenario europeo, tramite una comparazione tra i principali modelli di welfare, con particolare attenzione alle caratteristiche del sistema di protezione sociale italiano, con riferimento alle dinamiche demografiche e sociali che stanno investendo l’Europa nel suo complesso e che costituiscono sfide importanti per le politiche pubbliche.

La seconda parte illustra il percorso e i contenuti della ricerca condotta sulla organizzazione e sulle attività dei Servizi Sociali della “Società della Salute del Valdarno Inferiore”, analizza quindi i dati emersi avviando una riflessione su quanto l’operatività dei servizi sociali si avvicini o si discosti dai principi del *Social Investment* e con quale ricadute in termini di efficacia degli interventi stessi

Parte Prima - Il contesto

Capitolo 1. Il Welfare Europeo

1.1 Cenni storici e modelli di sviluppo

Nella seconda metà del xx sec la forte crescita economica che ha interessato i paesi occidentali Europei ha determinato una significativa estensione delle loro politiche sociali, favorendo un generale processo di redistribuzione del reddito ed un elevato livello di coesione sociale, attraverso il consolidamento dei sistemi pensionistici, la creazione dei sistemi sanitari pubblici e l'erogazione di prestazioni assistenziali a favore delle fasce più deboli della popolazione. In realtà lo sviluppo del welfare nei diversi paesi europei non ha seguito linee omogenee di sviluppo dando luogo a sistemi di welfare diversi, classificati, secondo alcune teorie prevalenti, nei *Modelli liberale, conservatore-corporativo, socialdemocratico e mediterraneo*. La classificazione qui utilizzata è essenzialmente orientata dal criterio analitico che ispira il lavoro, ormai classico, di Esping-Andersen, che è la base di riferimento per la elaborazione teorica ulteriore di molti autori intervenuti successivamente nel dibattito. Questi modelli in sintesi tendono a rappresentare il diverso modo di regolazione delle condizioni di equilibrio tra le tre principali istituzioni sociali Stato, Famiglia e Mercato, applicato nelle democrazie occidentali, e che determina i diversi processi di gestione dei bisogni sociali. Secondo Esping-Andersen ogni sistema di regolazione produce effetti diversi sulla "demercificazione", cioè sul livello di indipendenza degli individui dal mercato del lavoro, e sulla "destratificazione", cioè sul livello di indipendenza dallo status sociale di appartenenza (Esping-Andersen 1999). Vediamo adesso quali sono gli elementi caratterizzanti le diverse tipologie di welfare delineate dalla classificazione tradizionale.

Nel Modello liberale, il ruolo dello Stato è minimo, con prestazioni erogate in base al mezz-test, prova dei mezzi, con una prevalenza di programmi assistenziali basati sul bisogno rispetto a programmi fondati sui diritti. Lo Stato quindi riduce al minimo il suo intervento nella regolazione del mercato ed il Sistema incentiva il ricorso a schemi assicurativi non statali. Gli effetti sul sistema di relazioni individuo-mercato e individuo-sistema sociale sono quelli di una bassa demercificazione e di una bassa destratificazione. Questo tipo di welfare è prevalentemente riconducibile all'esperienza dei paesi di tradizione Anglosassone, come il Regno Unito, l'Irlanda e gli USA, anche se con necessarie distinzioni tra gli stessi. Nella sua forma più integrale il modello può essere riferito agli USA, dove sicuramente il mercato è il principale meccanismo di regolazione in un sistema sociale molto individualistico, mentre nei

Paesi Anglosassoni Europei la presenza ed il ruolo dello Stato è certamente più significativa e si registra una diffusione più ampia e articolata di servizi sociali, tanto da poter collocare il modello liberale europeo in una posizione intermedia tra quello universalistico dei paesi scandinavi e quello sud europeo¹.

Il Modello conservatore-corporativo o bismarkiano, prevalentemente riconducibile ai sistemi di welfare adottati da Germania, Austria, Francia e Olanda e Belgio, pur assegnando alla famiglia un ruolo di primo piano nell'intervento in situazioni di disagio, la sostiene con trasferimenti monetari generosi e con servizi diversificati. E' un welfare caratterizzato da schemi assicurativi pubblici collegati alla posizione occupazionale, con forme di computo collegate ai contributi o alle retribuzioni. In questi paesi lo Stato ha un ruolo sussidiario rispetto a quello individuale, familiare o delle associazioni intermedie. Si ha una spesa maggiore in politiche attive del lavoro, una maggiore attenzione ai percorsi formativi scuola-lavoro, interventi di sostegno al reddito più generosi in caso di disoccupazione. Gli effetti sul sistema individuo-mercato e individuo-sistema sociale sono di media demercificazione e di destratificazione medio-bassa.

Nel *Modello socialdemocratico*, prevalentemente riferibile ai sistemi dei Paesi scandinavi, Danimarca, Svezia, Norvegia e Finlandia, si ha una predominanza di schemi universalistici di sicurezza sociale, con alti standard di prestazioni, destinate a tutti i cittadini. Si tratta di prestazioni basate sulla cittadinanza e non sulla contribuzione, finanziate dalla fiscalità generale. In questi sistemi di welfare lo Stato è centrale e l'occupazione pubblica, rilevante da un punto di vista quantitativo, ma anche fortemente qualificata, è un elemento determinante per la crescita dell'economia. Il sistema scandinavo si è ulteriormente differenziato dagli altri, integrando le misure di protezione del reddito con servizi sociali e generosi trasferimenti a favore delle donne occupate e delle famiglie, trasformandosi in "*stato dei servizi*" (Ibidem, p.137).

In questo tipo di welfare gli effetti sul sistema *individuo-mercato* e *individuo-sistema sociale* sono di alta *destratificazione* e *demercificazione*.

Il *Modello mediterraneo*, tipico dei paesi del sud dell'Europa, Italia, Grecia, Spagna e Portogallo², è in parte affine a quello continentale perché ha le stesse caratteristiche corporative ma allo stesso tempo si contraddistingue per una accentuata componente familistica e assistenzialistica e per una certa frammentarietà del sistema. I paesi del sud Europa, a cui esso viene comunemente riferito, nella prima fase di sviluppo del loro sistema di welfare hanno seguito il modello Bismarkiano-occupazionale, in linea con gli altri Paesi continentali, ma nella

¹ Dobbiamo comunque sottolineare come tra UK e Irlanda le differenze siano notevoli e come nel caso Irlandese il welfare state sia più residuale.

² Nella analisi di Esping Andersen in realtà il sistema Italiano, insieme a quello Spagnolo, viene collocato nel campione dei paesi afferenti al modello conservatore-corporativo, ma in questa analisi ci appare più opportuno collocarlo nell'ulteriore modello mediterraneo, introdotto da altri autori.

fase successiva si sono significativamente differenziati, accentuando rispetto agli altri il ruolo attribuito alla famiglia nella risposta ai bisogni assistenziali e nella assunzione di rischi sociali. Non la sostengono però in modo significativo in questo compito, né attraverso prestazioni monetarie particolarmente generose né attraverso la produzione di servizi diversificati, non seguendo in ogni caso gli sviluppi fatti dagli altri paesi conservatori che hanno invece teso ad ampliare la platea ed i livelli di copertura dei rischi sociali. E' un modello basato su un principio di sussidiarietà passiva, in cui lo Stato riconosce socialmente e legalmente il ruolo delle reti primarie ma non le sostiene con interventi strutturati ed interviene solo nell'impossibilità delle stesse ad agire un ruolo di protezione dei soggetti più deboli. In esso le politiche sociali non sono organizzate per servizi a favore di cittadini ma sono prevalentemente organizzate su base previdenziale, in un quadro piuttosto frammentato, che crea, come dice Ferrera (2006)

[...] un sistema di protezione dualistico e polarizzato, con picchi di elevata generosità per alcune categorie (peraltro fortemente protette anche sotto il profilo della stabilità del posto di lavoro) e vere e proprie lacune di protezione per altre categorie (p.42).

In Italia, dove questo fenomeno ha assunto caratteristiche peculiari, data la particolare protezione garantita a favore di alcune categorie di lavoratori, rispetto ad altre categorie di lavoratori e di cittadini, il processo di *demercificazione* e di *destratificazione* non appare essenzialmente condizionato dallo status sociale ma piuttosto sembra essere trasversale alla struttura di classe, evidenziandosi una fondamentale distinzione tra chi è titolare di forme di protezione particolarmente forte, i cosiddetti “*insiders*”, e chi è titolare di diritti o forme di protezione deboli o del tutto privi di protezione, gli “*outsiders*”. Il modello mediterraneo ha quindi una bassa capacità redistributiva ed accentua le diseguaglianze sociali. Questo fenomeno in alcuni Paesi, Spagna ed Italia in particolar modo, assume inoltre una forte connotazione territoriale, a seguito dei processi di decentramento amministrativo che si verificano negli anni 70 e dei processi successivi di decentramento politico-regolativo.

1.2 La crisi del Welfare Fordista ed il suo processo di ristrutturazione

Con il termine di “welfare fordista” si fa riferimento al ruolo di primo piano in genere assunto dallo stato nella erogazione diretta di servizi e prestazioni di welfare; questo orientamento ha caratterizzato la maggior parte dei Paesi Europei nella fase più importante di estensione delle politiche sociali (Bosi, 2005). Essi infatti, sulla base della teoria economica del capitalismo Keynesiano, hanno per molto tempo considerato il welfare un fattore di produzione e pensato a lungo che il sistema di tutela sociale e la crescita economica si sostenessero a

vicenda (Buti et al., 1999).

Ma già nella seconda metà degli anni Settanta i profondi mutamenti di ordine economico-produttivo e sociale, che contrassegnano il passaggio dal sistema di *produzione fordista* a quello *post-industriale*, segnano l'inizio della crisi del welfare, che appare inadeguato a far fronte ai nuovi problemi sociali ed economici che si presentano. Vengono infatti a mancare le premesse che erano alla base dei sistemi di welfare universalistico ed occupazionale, cioè una piena occupazione, un equilibrio demografico stabile ed una struttura della famiglia basata sulla divisione dei ruoli.

Le profonde trasformazioni demografiche, sociali ed economiche, in particolare la cessazione della fase espansiva dell'economia europea, la crisi dei bilanci pubblici e la necessità di un loro risanamento, sono quindi alla base della spinta ad una decisa revisione della spesa pubblica e al ripensamento dei sistemi di welfare. La crisi del welfare, iniziata nella seconda metà degli anni Settanta, si protrae per tutto il periodo degli anni 80 e, nell'ambito del dibattito politico e culturale che si sviluppa su questo tema, trovano facile terreno le visioni e gli orientamenti che in modo particolare mettono sotto accusa i costi della spesa sociale, l'inefficienza dell'apparato burocratico amministrativo, e l'inefficienza delle stesse politiche sociali³. Già negli anni Ottanta si consolida in molti paesi europei un processo di *decentramento amministrativo* che avrà poi particolare importanza nel decennio successivo

La ristrutturazione dello Stato sociale avviata negli anni 80 sarà orientata proprio dalle critiche rivolte all'apparato burocratico amministrativo. Il principale obiettivo da raggiungere verrà identificato nell'alleggerimento del bilancio pubblico e nella riduzione dei costi. Uno degli strumenti adottati è stato innanzitutto quello del decentramento amministrativo. Si tratta della inaugurazione di una politica di welfare, ideologicamente giustificata dall'esigenza di valorizzare le comunità locali, che ha come fine ultimo quello di fronteggiare l'appesantimento dell'apparato del welfare state, accusato di espansione incontrollata e di un'eccessiva autonomia decisionale rispetto alle autorità politiche (Carbone, Kazepov, 2007, p.54).

In questa fase, in cui l'economia è fortemente condizionata dalla globalizzazione, gli Stati vengono progressivamente affiancati/sostituiti nella loro funzione di governo dell'economia da organismi sovranazionali quali, per esempio, il Fondo Monetario internazionale e l'Ocse; nell'ambito del processo di consolidamento della UE, di rafforzamento istituzionale della sua funzione di governo e di regolazione del sistema economico nei confronti dei paesi membri, si affermano, negli anni Novanta, le politiche di rigore di bilancio imposte dal trattato di

³ Tutti questi processi, la crisi, le critiche e i percorsi di riforma, non sono avvenuti allo stesso modo nei vari paesi e anche le differenze tra i modelli di welfare, sopra descritti, hanno avuto la loro influenza su di essi; dobbiamo inoltre precisare che, non necessariamente l'aumento della spesa abbia voluto e voglia dire, soprattutto in alcuni Paesi tra cui l'Italia, un welfare migliore.

Maastricht (1992). Si avvia quindi nella maggior parte dei paesi europei un processo di ristrutturazione del welfare, da molti autori definito di *ricalibratura*, finalizzato sì a realizzare effetti redistributivi della spesa sociale, capaci di rispondere ai nuovi bisogni, ai nuovi profili di rischio, ma anche, sotto la spinta delle forti pressioni, a realizzare un significativo ridimensionamento della spesa pubblica. La sfida principale che l'Europa si trova a dover affrontare nella seconda metà degli anni Novanta è proprio quella di tenere insieme l'esigenza di contenimento della spesa sociale e contestualmente la necessità di dare una risposta ai nuovi bisogni che si presentano.

Le azioni di ricalibratura adottate, e che nella loro attuazione pratica vedono differenze significative tra i diversi Paesi, hanno per oggetto il ridimensionamento e l'adeguamento redistributivo di alcune tutele: è il caso delle riforme dei sistemi pensionistici, nei confronti dei quali vengono adottate norme meno generose di indicizzazione delle prestazioni, si prevede un aumento dell'età pensionabile ed un prolungamento dei periodi contributivi necessari per l'ammissibilità al trattamento pensionistico. Parallelamente si introducono nuovi schemi di protezione sociale a favore di nuove categorie di rischio, maggiormente esposte alla vulnerabilità sociale, per esempio a favore delle persone in cerca di occupazione, con l'introduzione della misura del reddito minimo di inserimento anche nei paesi che sino a quel momento ne erano privi⁴. Si promuovono nuovi servizi territoriali più vicini e corrispondenti ai nuovi bisogni delle famiglie: in particolare servizi educativi per l'infanzia e servizi di assistenza alle persone non autosufficienti ma si introducono anche misure per la razionalizzazione della spesa sanitaria e per una sua riorganizzazione.

E' in questo contesto che l'Unione Europea introduce nei confronti degli stati nazionali due ulteriori elementi di regolazione delle politiche di welfare: la *localizzazione* delle politiche sociali e l'*esternalizzazione* di una serie di funzioni e servizi sino a quel momento gestiti dai singoli stati. Questi nuovi indirizzi avranno una particolare importanza e ricaduta nella riorganizzazione delle politiche socio assistenziali, sia per quanto riguarda la dimensione territoriale dei servizi sia per quanto riguarda l'ingresso di nuovi soggetti/ attori nei sistemi di welfare.

I concetti teorico-culturali che sottendono questo ulteriore significativo processo di trasformazione del sistema sociale europeo, e che da quel momento in poi compariranno ripetutamente nella documentazione ufficiale della UE e nelle normative nazionali di riferimento, sono quelle di *sussidiarietà* e di *integrazione* (Carbone, Kazepov, 2007).

Già nel periodo a cavallo tra gli anni Settanta e la metà degli anni Ottanta, durante la crisi del

⁴ la ricalibratura dovrebbe prevedere un'ampia trasformazione redistributiva, funzionale e normativa; ma alcuni stati, e tra questi l'Italia, sono intervenuti su aspetti parziali. In Italia per esempio non è stata adottata su scala nazionale la misura del reddito minimo di inserimento.

Welfare europeo, il Terzo Settore aveva registrato una significativa crescita e assunto un ruolo rilevante nella produzione dei servizi e una funzione complementare a quella dello Stato nella risposta al complesso dei bisogni sociali. Nel nuovo contesto degli anni Novanta il Terzo Settore acquisisce una nuova funzione, divenendo soggetto attivo nella strutturazione delle politiche sociali: all'interno della riorganizzazione delle politiche sociali europee il ruolo pubblico e quello privato si integrano in un nuovo sistema di sicurezza sociale, definito appunto *Welfare Mix*, nel quale alle agenzie tradizionali di Famiglia, Mercato e Stato si aggiunge il Terzo Settore.

Se questo è l'orientamento complessivo di sviluppo del nuovo welfare europeo è pur vero che esso si diversifica nella sua traduzione pratica nell'ambito dei diversi Paesi, in base al diverso equilibrio che si viene a creare tra i vari soggetti, in ragione della struttura preesistente di welfare e del suo sistema regolativo. A questo proposito appare interessante riportare seppure in estrema sintesi la classificazione dei diversi modelli di welfare elaborata da Carbone e Kazepov (Ibidem, p. 103-105) in base ai meccanismi regolativi del ruolo giocato da attori pubblici e privati, cioè in base al sistema di «governance».

Secondo i due autori si possono individuare diversi modelli di welfare corrispondenti a diverse modalità di gestione.

Nel «modello clientelare», caratterizzato dalla relazione tra politica e i diversi stakeholder, portatori di interessi specifici, il perseguimento degli interessi pubblici passa in secondo piano e i soggetti politici *conferiscono risorse* a gruppi specifici *in cambio di supporto politico*. Nel «modello corporativo», caratterizzato dalla *attività negoziale*, attori pubblici e privati, democraticamente rappresentativi di categorie più ampie, partecipano ad uno stesso tavolo finalizzato al raggiungimento di un punto di compromesso o convergenza. Nel «modello manageriale», basato su obiettivi di efficacia ed efficienza nella gestione dei servizi, sulla competizione tra fornitori di servizi e sulla valorizzazione della scelta dell'utente, il rapporto tra gli attori politici e i fornitori di servizi è caratterizzato dalla *dimensione contrattuale-burocratica*. «Il modello pluralista» è caratterizzato da una forte competizione fra i diversi interessi in campo e il soggetto politico ha il ruolo di mediatore; in questo caso assume particolare importanza la *capacità di mediazione e di gestione dei conflitti*.

«Il modello partecipativo» incoraggia *la partecipazione più ampia possibile* di individui e gruppi ai processi di governo, di definizione, gestione ed implementazione delle politiche e gli attori principali sono i soggetti politici ed i referenti dei vari gruppi sociali che cercano di agire un controllo popolare sulle politiche sociali.

Il «modello populista», è invece caratterizzato dalla mobilitazione collettiva, finalizzata alla *formazione di consenso*.

Secondo la classificazione adottata dagli autori (Ivi) alcuni sistemi di welfare sembrano favorire

determinati sistemi di governance rispetto ad altri, per cui il welfare socialdemocratico ha consentito l'istituzionalizzazione di un mix tra elementi del modello manageriale ed elementi del modello partecipativo, nei sistemi conservatori si è prevalentemente affermato un modello di governance corporativo, in quelli liberali un mix di governance pluralista e corporativista, mentre nei sistemi familistici un mix tra modello populista e clientelare.

1.3 Il sistema di Welfare Italiano

Facendo riferimento alla classificazione richiamata nel primo paragrafo il sistema di Welfare italiano può essere genericamente ricondotto al *Modello mediterraneo* per la presenza di alcuni caratteri che accomunano il sistema sociale dei paesi del sud Europa, in particolare il *familismo*, il *carattere clientelare delle politiche* e la *frammentarietà del sistema* (Bertin e Fazzi, 2010, Ferrera, 2006, Kazepov, 2011).

A questi caratteri se ne aggiunge un altro, che costituisce un aspetto peculiare del nostro sistema istituzionale, e che è dato, soprattutto nel settore delle politiche socio assistenziali, dall'affermazione non tanto di un unico sistema nazionale di welfare quanto piuttosto di una *molteplicità di welfare regionali e territoriali*, tra loro profondamente diversi, tanto da configurare quello italiano come un sistema a sé nel panorama europeo.

Anche la struttura della spesa sociale (Tab. 1.1, Tab. 1.2), che non ha avuto variazioni significative negli ultimi decenni, ci dà la misura della presenza di questi caratteri. Essa è infatti storicamente assorbita dalla spesa previdenziale e dai trasferimenti monetari a favore di alcune categorie di soggetti a discapito del finanziamento di servizi rivolti alla globalità della popolazione, che rimangono strutturalmente ridotti (Arlotti, 2009), (Migliavacca e Ranci, 2011), (Cerniglia, 2012).

Tab.1.1 Spesa per la protezione sociale in Italia nel 2011 (in milioni di €)

Settori	%	Spesa	
Previdenza	67,2%	280.761	
Sanità	24,9%	105.418	Di cui 47% per assistenza ospedaliera 13,2% per servizi sanitari 9,6% per farmaci
Assistenza	8,0 %	32.886	Di cui 3/4 per prestazioni in denaro e di queste il 45,3% in pensioni di invalidità per un importo pari a 14.904 milioni

Dati elaborati da Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2012)-Rapporto sulla Coesione Sociale, p.51

Tab.1.2 Anno 2011- Spesa per la protezione sociale in Italia comparata con quella dell'Europa a 15 in % sul totale della spesa

2011	Prestazioni contro l'esclusione	Politiche contro la disoccupazione	Politiche per la famiglia
Italia	0,1%	2,9%	4%
Media U.E	1,4%	5,9%	7,7%

Dati elaborati da Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2012) Rapporto sulla Coesione sociale anno, p. 50

La spesa per i servizi si concentra prevalentemente sui servizi sanitari mentre rimane residuale la spesa per i servizi sociali ed assistenziali, per la famiglia, per la disoccupazione, per l'abitazione, per la vulnerabilità e l'esclusione sociale.

La scarsa attenzione alla assistenza appare soprattutto riconducibile, secondo opinione largamente condivisa dai vari autori, al *familismo* del nostro sistema istituzionale che attribuisce alla famiglia una funzione fondamentale di ammortizzatore sociale e di produzione di servizi di cura, ruolo quest'ultimo specificamente riservato dalla cultura paternalistica e patriarcale del nostro Paese alla figura femminile. Il familismo ha dunque frenato l'affermazione e lo sviluppo di una moderna rete di servizi, soprattutto nel meridione del Paese dove questi elementi culturali hanno maggior peso. Dobbiamo comunque evidenziare come alla dimensione culturale abbia corrisposto un orientamento ambivalente e strumentale della Politica che ha sempre attribuito alla famiglia un ruolo ed una responsabilità centrale nel sostegno alle fragilità sociali, senza supportarla adeguatamente in questa funzione. Le misure di sostegno alla famiglia, infatti, si sono limitate nel tempo a trasferimenti monetari in forma diretta, attraverso pensioni e sussidi, ed in forma indiretta, attraverso il complesso e frammentato sistema delle detrazioni fiscali⁵, mentre si è cristallizzata nel tempo l'assenza strutturale di servizi.

Il carattere clientelare delle politiche sociali del Welfare italiano è sottolineato da diversi autori. Per Ferrara (2006, p. 47) le sue origini sono riconducibili alla peculiarità della storia italiana del secondo dopoguerra, fortemente condizionata dalla presenza di un «governo dei partiti, in un contesto di alta polarizzazione ideologica tra destra e sinistra e bassa statualità». In questa cornice il welfare della Prima Repubblica assume i connotati di un «sistema di potere» ampiamente utilizzato da «una partitocrazia distributiva» ai fini dell'acquisizione del consenso

⁵ Il sistema delle detrazioni fiscali, in assenza di una cornice organica, perde nel tempo il valore iniziale di strumento fiscale per acquisire, unitamente agli assegni familiari, quello di strumento di politica per la famiglia, e diviene progressivamente uno strumento sempre meno adatto a questo scopo perché costituisce un beneficio economico solo per chi deve pagare le imposte e non ha alcun effetto sugli incapienti che costituiscono una platea di soggetti in aumento (Guerra, 2011)

elettorale e di adesioni, attraverso modalità particolaristico clientelari. Ascoli (1999) parla di un *clientelismo di tipo categoriale-corporativo*, che caratterizza il welfare nel suo complesso e di cui si trova facile evidenza nel sistema previdenziale, soggetto nel corso degli anni ad una quantità impressionante di aggiustamenti normativi, volti ad affermare particolari garanzie a vantaggio di categorie diverse.

L'altro carattere del welfare italiano, cioè *il particolarismo*, trae origine dal peso principale che la spesa previdenziale ha storicamente assunto, determinato dall'avvio nel 1898 delle prime assicurazioni sociali obbligatorie, basate sul modello *Bismarckiano-occupazionale*. Queste sono state le prime misure di protezione sociale decise dallo Stato e rivolte a determinati gruppi sociali; da lì in poi lo *Stato Sociale* avrà sempre a riferimento, per i suoi interventi pubblici, una categoria o un gruppo, con prestazioni differenziate a seconda dei soggetti a cui si riferiscono e con una particolare propensione ad elaborare programmi sulla base dello status acquisito con la partecipazione al mercato del lavoro. Come precisa Ascoli

[] il pregiudizio anti-cittadinanza, anti-universalistico, così come una cultura dei diritti conquistabili solo con la partecipazione al mercato del lavoro regolare, hanno sempre albergato profondamente nella cultura italiana, in generale, e in quella riformista, in particolare (Ibidem, p. 218)

A tutt'oggi la base della protezione sociale nel nostro Paese è ancorata alla posizione lavorativa e ciò fa sì che l'attuale crisi del mercato esponga più facilmente le famiglie alla povertà e alla esclusione sociale.

Secondo Ferrara (2006, p 45) all'interno del sistema di welfare previdenziale si afferma anche una «distorsione di natura distributiva che si manifesta nella diversità di criteri per l'accesso alle prestazioni e nella differente generosità delle stesse fra le diverse categorie occupazionali», un divario di prestazioni, tale da creare gruppi sociali molto garantiti, altri semi garantiti e altri assolutamente non garantiti. Di questo ultimo gruppo fanno storicamente parte i lavoratori occupati nell'economia sommersa, in particolar modo diffusa nel meridione, ed oggi anche i lavoratori soggetti alle nuove regole della flessibilità e alle nuove tipologie contrattuali atipiche che, impossibilitati ad acquisire una condizione occupazionale stabile nel mercato del lavoro, non hanno alcuna forma di tutela in caso di perdita della occupazione. Lo stesso criterio contributivo, alla base del sistema previdenziale italiano, è rimasto a lungo valido solo in termini teorici (almeno sino all'attuazione dei più recenti provvedimenti di riforma) ed ha determinato un'iniqua redistribuzione del reddito, garantendo un vantaggio ai ceti sociali più ricchi e privilegiando alcune categorie rispetto ad altre: dipendenti pubblici, artigiani, coltivatori diretti, hanno potuto usufruire di meccanismi di calcolo superiori ai criteri di equità attuariale e

ricevere di più rispetto a quanto contribuito (Carbone e Kazepov, 2007).

L'unico elemento di rottura in quella che Ascoli (1999, p. 217) definisce «la cultura lavoristica e occupazionalistica del sistema di previdenza sociale» è costituito dall'istituzione della pensione sociale nel 1969: questa è l'unica forma di tutela che il nostro sistema prevede a favore del cittadino divenuto anziano, senza aver maturato con il proprio lavoro il diritto alla pensione. La pensione sociale comunque, insieme ai trattamenti pensionistici minimi, si manterrà sempre su un livello vicino alla soglia di povertà, mentre i trattamenti di pensione privilegiati, garantiti ad altre categorie di soggetti, contribuiranno nel tempo in modo significativo all'espansione della spesa previdenziale. I caratteri di categorialità/frammentarietà e di non equa redistribuzione del sistema previdenziale determinano quindi nel tempo il peso preponderante della spesa previdenziale sul complesso della spesa sociale, trasferendo inoltre sulle nuove generazioni il costo del relativo indebitamento pubblico.

Alla frammentazione del sistema delle tutele si accompagna la *frammentazione territoriale* delle politiche socio assistenziali poiché, in assenza di una cornice normativa nazionale di riferimento i servizi si sono sviluppati sull'intero territorio in modo molto disomogeneo, riproponendo anche nel sistema di Welfare il divario tra il nord ed il sud del Paese, divario che si ritrova nei principali aspetti della vita economica ed istituzionale-amministrativa sin dalla unificazione.

Il *dualismo territoriale* italiano cresce ulteriormente negli ultimi decenni e mostra una distanza sempre più elevata tra nord e sud, sia in termini di sviluppo economico, sia in termini di qualità di welfare (Fantozzi 2011), (Ferrera 2006). E' per questo motivo che possiamo dire che in ambito socio assistenziale i diritti di cittadinanza cambiano in base al luogo in cui si vive e che il diritto all'eguaglianza, stabilito dall'art 3 della Cost., appare significativamente condizionato dal processo di devoluzione e decentramento istituzionale del nostro Paese.

.....Nella stesura iniziale della Costituzione era prevista una competenza concorrente in materia di beneficenza pubblica tra Stato e Regioni che avrebbe dovuto trovare attuazione nella cornice di principi fondamentali dettati da una legge quadro statale: le Regioni, con propria normativa, avrebbero poi dovuto declinare quei principi vincolanti in ragione delle loro specificità territoriali. Ma le cose sono andate diversamente: le Regioni sono state istituite solo nel 1970 ed è stato necessario attendere altri 30 anni per l'adozione di una legge quadro nazionale in materia sociale.

Finalmente nel 2000 viene approvata la legge n 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che fornisce, un quadro normativo unitario valido per l'intero territorio nazionale.

La nuova normativa sancisce il passaggio da un modello tradizionale di assistenza, vista esclusivamente in chiave riparativa, ad un nuovo sistema di politiche sociali orientate alla

affermazione di nuovi diritti di cittadinanza sociale e tra gli elementi più significativi introdotti troviamo il passaggio dalle tradizionali prestazioni monetarie, volte a risolvere problemi di natura esclusivamente economica, ad interventi complessi e all'attivazione di servizi volti a rispondere ai bisogni globali dell'individuo, all'interno di progetti individualizzati e personalizzati di intervento. Sul piano della *governance* la legge riorganizza competenze e funzioni, attribuendo: ai Comuni, in forma singola o associata, la titolarità delle funzioni amministrative e dell'erogazione degli interventi, la programmazione e progettazione, da realizzare attraverso i Piani di zona; alle Regioni le funzioni di programmazione e coordinamento degli interventi sociali, indicando i criteri della loro integrazione con quelli sanitari, con quelli formativi e con quelli riguardanti l'inserimento lavorativo; allo Stato il potere di indirizzo, coordinamento e regolazione delle politiche sociali attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, che indica i livelli uniformi e di base delle prestazioni (LIVEAS), ed il finanziamento del Fondo Nazionale per politiche sociali.

La nuova architettura del sistema nazionale dei servizi socio assistenziali ha però vita breve, perché la stessa maggioranza politica che aveva consentito l'approvazione della legge quadro, a pochi mesi di distanza, ne determina il parziale superamento con la legge Costituzionale n.3/2001 di riforma del Titolo V della Costituzione. La nuova legge Costituzionale attribuisce infatti alle Regioni la competenza legislativa esclusiva in materia di assistenza sociale, seppur nell'ambito della disciplina nazionale di definizione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere uniformi su tutto il territorio nazionale e la cui determinazione rimane di competenza esclusiva dello Stato.(art 117, comma 2, lett. m). Allo Stato rimane anche il compito di finanziare il fondo perequativo e di coordinare la fase di implementazione della Riforma Costituzionale.

Ma a distanza di 13 anni non abbiamo ancora alcun provvedimento di definizione dei Liveas da parte del governo centrale ed il principio di eguaglianza sostanziale, sancito all'art. 3, comma 2, della Costituzione Italiana, non trova ancora attuazione e, in assenza di una normativa nazionale di riferimento, ogni Regione crea un proprio sistema di welfare con servizi e prestazioni molto diversificate sul territorio nazionale. Solo le politiche previdenziali e quelle del lavoro "passive" (indennità disoccupazione e di mobilità) sono definite prevalentemente a livello nazionale, mentre le politiche di attivazione ed i servizi sono in modo crescente definiti a livello locale, secondo un sistema di diversificazione territoriale a cui si è fatto prima riferimento.

Nel frattempo la mutata situazione economica del Paese e le recenti disposizioni di attuazione del federalismo fiscale, che vincolano definitivamente la realizzazione del principio di universalità alle disponibilità finanziarie, sembrano procrastinare ad un tempo indefinito la attuazione del principio di eguaglianza sopra richiamato.

Dobbiamo anche sottolineare come i sistemi di finanziamento, rimasti sostanzialmente immutati, siano caratterizzati da un generale processo di arretramento. L'andamento del finanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali ha registrato nell'ultimo decennio un sostanziale ribasso ed in particolare le regioni hanno visto diminuire la loro quota destinata ai servizi che è scesa da 1 miliardo del 2004 ai circa 70 milioni del 2012⁶.

Elementi essenziali per una corretta attuazione del federalismo sono la messa a disposizione delle risorse necessarie per colmare le differenze territoriali relative alla erogazione di servizi, attraverso idonei strumenti di perequazione, e la definizione dei LEPS⁷, attraverso la individuazione di fabbisogni e costi standard. In assenza di questi due fondamentali elementi le differenze territoriali non potranno che rafforzarsi, perché le Regioni ed i Comuni del Nord, con un sistema socioeconomico più sviluppato, possono contare su una capacità fiscale maggiore rispetto alle Regioni e ai Comuni meridionali che, con un'economia più debole, dipendono maggiormente dai trasferimenti statali. In sostanza come dice Kazepov (Ibidem)

L'Italia attraverso un'accelerazione dei processi di devoluzione, in assenza di adeguati strumenti perequativi, rischia di caratterizzarsi come un 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 dal punto di vista istituzionale la disegualianza dei cittadini e i già gravi squilibri sub-nazionali (p. 36).

Nell'ulteriore comparazione con gli altri Paesi Europei emerge come l'Italia sia quello nel quale è maggiore il divario fra regioni più ricche e regioni più povere nel funzionamento dei servizi di welfare, mentre negli altri paesi non vi è una corrispondenza diretta tra maggior sviluppo economico e miglior funzionamento del sistema di welfare. In taluni casi, anzi, in Germania per esempio, i servizi sono più diffusi o funzionano meglio proprio nelle aree più svantaggiate.

Neanche la Spagna, che pure è più vicina a noi come realtà sociale ed economica, ha un tale divario in termini di welfare. Secondo Pavolini (2011) le ragioni di questo fenomeno sono riconducibili

⁶ Decreto 1 luglio 2004 "Ripartizione, per settori di intervento e aree territoriali delle risorse finanziarie affluenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2004" (Pubblicato nella Gazz. Uff. 28 settembre 2004, n. 228); Decreto 16 novembre 2012 "Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2012" (Pubblicato nella Gazz. Uff. 10 gennaio 2013, n. 8)

⁷ Il riferimento principale per la definizione di Leps è essenzialmente dato dalla legge costituzionale n 3/2001 che fa appunto riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e che devono essere determinati dallo Stato. Nel corso degli anni, comunque, in assenza di atti normativi in tal senso, non solo la loro definizione istituzionale ma anche la terminologia a vario titolo usata di volta in volta per la loro definizione presenta una certa confusione e ambiguità: per cui a seconda dei casi possiamo trovare il termine di Leps, Livea, o Liveas

[...]alla mancanza di una capacità da parte dello stato centrale di promuovere dal centro processi di sviluppo e di convergenza nel funzionamento delle pubbliche amministrazioni. [...]E' chiaro che, quanto più si scelgono assetti decentrati e non vi è uno stato in grado di sostenere e di controllare i territori locali, tanto più emergono con forza le caratteristiche socioculturali ed economiche di tali territori nel plasmare la qualità dei servizi pubblici.[...] Sempre nella stessa ottica l'assenza dello stato (nella sua funzione di redistribuzione e di riequilibrio) spiega, molto più che altrove, l'importanza relativa del mercato e dello sviluppo economico nell'influenzare le traiettorie di trasformazione del welfare locale in Italia (pag 280).

Se in altri Paesi europei il welfare diviene strumento di riequilibrio tra aree territoriali diversamente collocate nel sistema economico, in Italia avviene l'opposto. Questo è un nodo rilevante nel nostro sistema di protezione sociale, tanto più perché si dà per scontato che sia normale così.

Capitolo 2. Dinamiche demografiche e sociali: nuove pressioni sul welfare

2.1 L'Europa sta invecchiando

I dati demografici evidenziano come la popolazione dell'UE-27 stia progressivamente invecchiando, come risulta dall'andamento negli anni della percentuale di popolazione in età superiore ai 65 anni sul totale della popolazione (Eurostat 2011). Nell'ultimo decennio, nell'Europa a 27, si è registrato un incremento significativo di questa componente della popolazione con un valore medio del 2% nel periodo che va dal 2001 al 2012. L'incremento registrato dall'Italia nel periodo in esame è sopra la media europea, con un valore pari al 2,2% mentre quello registrato dalla Germania è il più alto in assoluto con un valore pari al 4%.

Anche l'indice di dipendenza, riferito allo stesso periodo e allo stesso gruppo di paesi, evidenzia un generale andamento crescente che pone ancora ai primi posti Germania e Italia.

Eurostat rileva per l'anno 2011 una media europea dell'indice di vecchiaia¹ pari al 112,3%; sotto questa media troviamo 16 Paesi, tra cui tutti i paesi del Nord Europa, la Francia (90%), il Regno Unito (95,3%) e l'Irlanda (54,3%). La Germania è ancora al primo posto della graduatoria con il 154% e l'Italia si posiziona subito dopo, al secondo posto, con 147,2 anziani ogni 100 giovani. Altri paesi che hanno un indice di vecchiaia elevato sono la Bulgaria, la Grecia, la Lettonia ed il Portogallo²(Noi-italia 2013.istat.it).

....L'Ageing Report (Commissione Europea 2012) evidenzia come si potrebbe capovolgere il rapporto tra nonni e nipoti passando dalla realtà del 1960, nella quale si avevano in media circa tre ragazzi in età tra 0 e 14 per ogni persona anziana, allo scenario ipotizzato per il 2060, nel quale si pensa potrebbero esserci più di due anziani per ogni ragazzo. Le proiezioni demografiche presentate dal Report ci propongono infatti una struttura di popolazione che si presenta come una piramide rovesciata, con una maggiore estensione delle classi di età più avanzate rispetto a quelle più giovani, uno scenario che non si è mai presentato nella storia delle popolazioni.

Si prospetta quindi una nuova struttura di famiglia più verticale e meno orizzontale, con più generazioni al suo interno (nonni e bisnonni) e meno fratelli: una famiglia che avrà maggiori difficoltà a garantire le tradizionali funzioni di cura verso gli stessi anziani (in particolare nei confronti dei grandi anziani) e più in generale verso i suoi componenti più fragili.

¹ L'indice di vecchiaia è il rapporto percentuale tra la popolazione in età anziana (65 anni e più) e la popolazione in età giovanile (meno di 15 anni). E' uno dei possibili indicatori demografici, insieme all'indice di dipendenza anziani ed all'età media, utili a misurare l'invecchiamento di una popolazione.

² Elaborazione Istat da Eurostat demography

Anche le proiezioni relative all'indice di dipendenza, che viene spesso utilizzato per una valutazione approssimativa dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi pensionistici pubblici, prospettano uno scenario per cui già nel 2031 la Germania potrebbe avere un valore dell'indice di dipendenza pari allo 0,5 (cioè due persone in età lavorativa per ogni persona anziana), seguita nei dieci anni successivi da Grecia, Spagna, Italia e Portogallo.

La portata di questi dati, soprattutto l'andamento dei loro trend in riferimento alle diverse aree geografiche, ci spinge ad interrogarci sui fattori che possono condizionare le dinamiche demografiche e a chiederci se le politiche pubbliche, ed in particolare i diversi modelli di welfare, possano avere un'influenza su di esse.

La letteratura, già da tempo, individua alcuni fattori, strettamente correlati alle diverse politiche pubbliche adottate nei vari paesi, come elementi utili a comprendere i differenti trend demografici. I fattori principali chiamati in causa in relazione alla fertilità e all'invecchiamento della popolazione, sono innanzitutto le condizioni di equità sociale e di eguaglianza di genere, in secondo luogo il tasso di occupazione femminile, ed infine il livello di sviluppo dei servizi e delle misure di supporto alla maternità e all'infanzia ed al lavoro di cura.

Per quanto riguarda la relazione tra eguaglianza di genere e trend demografico, appare particolarmente interessante il lavoro di ricerca comparata, condotta da Keck e Saraceno (2011) sul modo in cui le politiche pubbliche europee sostengono o meno l'equità di genere nel lavoro di cura e nel lavoro retribuito: il progressivo superamento del divario di genere nella cura dei figli in alcuni paesi sembra essere prevalentemente il risultato di condizioni di parziale indipendenza degli individui dalla famiglia, garantite attraverso l'erogazione di servizi pubblici, piuttosto che il risultato di un sostanziale riequilibrio di genere realizzatosi nell'ambito della relazione di coppia. La ricerca evidenzia inoltre come le politiche pubbliche in cui agiscono entrambe le dimensioni di *indipendenza dal mercato* e *indipendenza dalla famiglia*, volte a sostenere il doppio reddito, raggiungano in misura maggiore l'obiettivo dell'equità di genere ma anche dell'equità sociale, perché producono nei confronti dei genitori soli un effetto di maggiore protezione dalla povertà, rispetto a quanto facciano le politiche che sostengono una tradizionale divisione di genere del lavoro.

Relativamente al tema dell'occupazione femminile, non solo i dati demografici e statistici (dati Eurostat ed Istat), ma anche molta letteratura (Esping-Andersen 2009, Guastella e Moretti 2012, Sabatinelli 2009), evidenziano la correlazione positiva tra occupazione femminile e tasso di natalità. Esping-Andersen in particolare, sottolinea la correlazione tra invecchiamento demografico, benessere delle famiglie, equità ed efficienza dell'economia, con specifico riferimento alla condizione femminile e alla tutela della maternità e dell'infanzia. Egli sostiene infatti che nei paesi economicamente più sviluppati la ricchezza economica è strettamente

correlata alle opportunità che essi offrono agli individui e alle condizioni di equità di genere e sociale che riescono a garantire. Questi ultimi due elementi sono strettamente correlati anche all'andamento delle nascite e questa è la ragione per cui è necessario adottare politiche pubbliche che, anche in una logica di compensazione dell'invecchiamento demografico, incentivino la disponibilità ad avere figli e sostengano soprattutto le donne nel ruolo genitoriale e lavorativo.

...Diversamente a quanto accade nei paesi Scandinavi dove si registra un incremento delle nascite correlato ad un elevato tasso di occupazione femminile in Paesi come Italia e Spagna, dove il modello di welfare ha una connotazione fortemente familistica e dove è assente una politica pubblica di reale sostegno alla funzione di cura della famiglia, si registra invece un effetto combinato del basso tasso di fertilità e di un elevato tasso di disoccupazione femminile (Ibidem, p.103).

Esping Andersen oltre a sottolineare la necessità di garantire alle famiglie, e soprattutto alle madri, l'accesso ai servizi per la cura dei figli, in una prospettiva di supporto all'occupazione femminile, evidenzia anche la necessità che questi servizi abbiano un alto livello di qualificazione, poiché devono offrire sotto il profilo educativo «un punto di partenza solido a tutti i bambini» (Ibidem, p. 145), garantendone fin dai primi anni un adeguato sviluppo cognitivo ed incidendo efficacemente a contrasto della trasmissione della disegualianza sociale ed economica, determinata anche da una carenza formativa.

L'occupazione delle madri è al contempo un elemento fondamentale per contrastare il rischio di povertà e la trasmissione generazionale del rischio di esclusione sociale. Entrambi gli elementi debbono essere visti come forma di *investimento sociale* e come condizione necessaria per un equilibrio sociale ed economico futuro.

2.2 Dinamiche sociali e demografiche in Italia

I dati dell'ultimo censimento (Istat 2012) evidenziano come la popolazione residente in Italia, nel decennio 2001-2011, sia cresciuta del 4,3 per cento ma anche come tale crescita sia dovuta esclusivamente alla componente straniera che si è quasi triplicata nell'arco di dieci anni. All'incremento della popolazione straniera ha sicuramente contribuito il fenomeno in aumento del ricongiungimento familiare e della scelta di far nascere i propri figli in Italia, determinante per la costituzione di una quota crescente di cittadini di seconda generazione. Infatti nel 2010 in Italia sono nati da genitori stranieri il 19,9% dei bambini e al primo gennaio 2011 erano 993.000

i minori stranieri residenti, cioè il 21,7% del totale della popolazione straniera residente, di questi minori i 2/3 sono nati in Italia (Rapporto Istat 2012).

Quindi la crescita demografica italiana è evidentemente determinata da una consistente dinamica migratoria, mentre la crescita naturale per l'anno 2011 presenta un saldo negativo, fatta eccezione per il sud e le isole dove il saldo, seppur ancora positivo, mostra i primi segni di una decisa flessione.

Il tasso di fecondità Italiana, registra per il 2011 la media di 1,42 figli per donna, decisamente sotto la media europea: l'Italia oggi, insieme ad altri paesi del Sud Europa e cioè la Spagna (1,38), il Portogallo (1,35), la Grecia (1,43), si colloca in una posizione di retroguardia rispetto ai Paesi del Nord Europa (Ibidem).

Il raffronto dei dati relativi alla natalità e all'occupazione femminile nei Paesi Europei evidenzia, fatte salve alcune eccezioni, una correlazione positiva tra occupazione femminile e natalità: infatti nei paesi del Nord Europa e Scandinavi, nei quali il ruolo economico della donna è maggiore rispetto al resto di Europa e dove è più estesa è l'occupazione femminile, si registra negli ultimi decenni un incremento del tasso di fecondità rispetto a quanto invece accade in altri paesi. In Italia nel 2011 il tasso di occupazione femminile al 46,5%, già inferiore alla media europea-27 del 58,5%, è decisamente distanziato dai valori della Danimarca al 70,4% e della Svezia al 71,8%, ancora più alto il divario se il confronto è fatto con Paesi come la Norvegia al 73,4% e con l'Islanda al 76,6%. Tra i paesi del Sud Europa solo la Grecia con il 45,1% e Malta con il 41% registrano valori più bassi dell'Italia³.

Diverso è il ragionamento per quanto riguarda altri Paesi quali il Regno Unito, con un tasso al 64,5%, e Francia al 59,7%: il tasso di natalità di questi Paesi potrebbe farci aspettare un maggior livello d'occupazione femminile, che invece in questo caso non mostra avere una correlazione positiva, ma forse ciò che fa la differenza con i Paesi del Nord Europa è proprio la diversità del sistema di Welfare che in Francia e Regno Unito è meno generoso verso le famiglie.

Anche il Rapporto annuale Istat 2012 analizza il tema dell'occupazione femminile in Italia, all'interno di una riflessione più ampia sul *rapporto tra crescita ed equità*, comparando la situazione italiana con quella degli altri Paesi della UE-27 sulla base della relazione tra l'indice di Gini⁴, misurato sui dati dell'indagine EU Silc, ed il livello del Pil procapite. L'analisi evidenzia una correlazione statistica positiva fra equità e crescita e mostra che «i paesi europei più egualitari nel 2005 non solo sono cresciuti di più nel periodo 2005-2010, ma presentano anche alla fine del periodo un prodotto procapite maggiore rispetto a molti altri paesi più

³ Employment rates for selected population groups 2001-2011 Eurostat-epp.eurostat.ec.europa.eu

⁴ Il coefficiente di Gini, chiamato anche Indice di Concentrazione, è la misura più utilizzata per descrivere la disuguaglianza di una distribuzione. Spesso utilizzato per descrivere le ineguaglianze di reddito e l'inequiva distribuzione della ricchezza

diseguali» (Ibidem, p 215).

Lo squilibrio di genere a sfavore delle donne, che è una delle varie dimensioni in cui si declina la disegualianza nel nostro Paese, assume una rilevanza significativa, non solo per la ricaduta che essa ha sulla ricchezza complessiva del paese ma anche sulla produzione di reddito familiare. I dati dimostrano infatti che c'è una correlazione tra disoccupazione femminile e condizioni di svantaggio sociale ed economico della famiglia nel suo complesso, con particolare ricaduta sulla condizione dei minori: le disegualianze che persistono nel nostro paese all'interno della famiglia, per ciò che concerne la distribuzione dei ruoli economici e la ripartizione del lavoro di cura, influenzano la partecipazione femminile al mercato del lavoro e, quindi, la distribuzione dei redditi.

Il rapporto annuale Istat del 2012 sottolinea infatti come la disponibilità di un solo reddito familiare abbia nel corso degli ultimi dieci anni tutelato sempre meno la famiglia dal rischio di povertà. In particolare i dati per l'anno 2011 confermano che tra le famiglie povere, con una persona adulta di riferimento tra i 35 e i 64 anni, (fascia di età che dovrebbe essere caratterizzata da una sostanziale stabilità lavorativa), è aumentata la quota di famiglie con un solo occupato, passando dal 51% al 54%. La correlazione tra disoccupazione femminile e disagio socio economico della famiglia mostra i suoi effetti soprattutto nelle aree più povere del paese dove, nel 2010 si concentrava la percentuale più alta (67%) delle famiglie povere (Ibidem, p 147) e dove l'incremento dell'occupazione femminile, registrata nell'ultimo decennio, è pari ad appena il 10 per cento della crescita complessiva del lavoro femminile.

Un ulteriore dato che sembra avere particolare rilevanza per la lettura di queste dinamiche territoriali è sicuramente quello della minore disponibilità e qualità dei servizi pubblici che si registra nel Meridione, in particolare dei servizi più importanti per le famiglie, come gli asili nido⁵, i servizi di assistenza ai disabili⁶ e agli anziani non autosufficienti⁷(Ivi).

Esping-Andersen (2011), nell'ambito della ricerca comparata tra i diversi sistemi di Welfare, evidenzia come il *dato sull'occupazione delle donne con figli* sia un forte indicatore del grado di compimento della *rivoluzione femminile* e riconduce la ragione dei bassi tassi di fertilità, piuttosto che a fattori di ordine culturale, proprio all'incompletezza di questa rivoluzione, all'insicurezza del lavoro, alla disoccupazione femminile e alle difficoltà di conciliare lavoro e

⁵ Nonostante i miglioramenti della diffusione sul territorio dell'offerta pubblica di servizi per la prima infanzia, permangono forti disparità nelle opportunità di accesso ai servizi a seconda della regione di residenza. Nel 2010 il 64,4% dei comuni del Centro Nord possiede strutture comunali o eroga contributi per la fruizione dei servizi privati, contro il 35,8 del Meridione e per alcune regioni del Mezzogiorno la percentuale è ancora molto inferiore: Molise con l'11,8% e Calabria con il 16,4% e Basilicata con il 24,4%.

⁶ Considerando l'insieme dei servizi e degli interventi, per una persona disabile residente in Italia la spesa media nel 2010 è di 2.834 euro, ma si passa da 769 euro l'anno al Sud ai 5.547 al Nord-est

⁷ In media per un anziano residente in Italia la spesa per l'anno 2010 è di 122 euro in un anno, con valori che variano da 59 euro al Sud a 173 al Nord-est (Interventi e servizi sociali dei Comuni per l'anno 2010, Istat 2013)

maternità.

Se in Italia la fecondità cala la vita media continua a crescere, attestandosi per il 2011 a 79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne e la combinazione tra queste due dinamiche contribuisce a collocare l'Italia, come sopra accennato, tra i paesi più vecchi in Europa. I dati (Istat 2012) relativi all'ultimo censimento, ci dicono che la percentuale di popolazione in età pari o superiore ai 65 anni nel 2011 è il 20,8%, che quella in età pari o superiore ai 75 anni è al 10,4%, mentre gli anziani in età superiore agli 85 anni costituiscono il 2,8% della popolazione residente, e gli ultracentenari nell'ultimo decennio sono più che raddoppiati.

La crescita della popolazione in età anziana, e al suo interno soprattutto della quota di over 75, più esposta alla incidenza della non autosufficienza, evidenzia la necessità di politiche assistenziali adeguate sotto il profilo sanitario e socio-sanitario, ma anche sotto il profilo più strettamente sociale. Il fenomeno dell'invecchiamento e del calo delle nascite, congiuntamente alla affermazione progressiva di nuovi modelli culturali e sociali, ha infatti determinato una profonda trasformazione della struttura familiare, che sembra conseguentemente maggiormente esposta al rischio di un fallimento rispetto alla funzione di cura.

Il censimento del 2011(Istat 2012) ha infatti evidenziato una crescita del numero complessivo delle famiglie ma anche una riduzione dei loro componenti che scendono in media a 2,4 per nucleo. Cambia anche il modello tradizionale di famiglia: sono soprattutto le coppie coniugate con figli che scendono al 33,7% mentre si affermano, con prevalenza nelle regioni del Centro Nord, nuove forme familiari costituite da libere unioni e genitori non coniugati. Cresce anche il numero di coppie senza figli e di famiglie unipersonali, costituite prevalentemente da anziani soli ma anche da giovani e adulti, come pure il numero delle separazioni e divorzi: i dati Istat ci descrivono un fenomeno con andamento crescente che raggiunge nell'anno 2010 il tasso di 307 separazioni ogni mille matrimoni e di 182 divorzi; il 68,7% delle separazioni riguarda coppie con figli. La popolazione interessata dall'esperienza della separazione è secondo l'indagine Eu Silc del 2009 maggiormente esposta (20%) al rischio povertà di quanto lo sia il complesso della popolazione (17,5%) (Rapporto annuale Istat 2012, p.238). Questa condizione di rischio grava ancora una volta principalmente sulle donne disoccupate, o con occupazione precaria, che risultano colpite dal rischio di povertà e deprivazione nella misura del 24,0% (negli uomini la percentuale è del 15,3%.); tale percentuale aumenta al 24,9% se si tratta di donne con figli minori.

Oltre ai fattori socioculturali anche la crisi economica e finanziaria, che dal 2008 colpisce il Paese, incide sulle dinamiche generazionali interne alle famiglie: in modo particolare la disoccupazione, in assenza di coperture sociali volte sostenere chi è in cerca di prima occupazione, contribuisce alla permanenza dei giovani presso la famiglia di origine. Il

fenomeno riguarda il 42% di giovani in età tra i 25 e i 34 anni ma anche il 7% di adulti tra i 35 e i 44 anni: un valore raddoppiato rispetto al 1993, per cui, nel periodo 2010-2011, una persona su quattro, in età dai 65 ai 74, svolge ancora il ruolo di “genitore” e una funzione di sostegno economico in un nucleo familiare con figli adulti. I dati del Rapporto annuale Istat 2013 confermano, infatti, che «La deprivazione è più elevata tra gli individui in famiglie monoparentali, specie se anziane, e in famiglie in cui la persona di riferimento è giovane, ha conseguito un basso titolo di studio, lavora a tempo parziale o soprattutto se è disoccupata o in cerca di prima occupazione (ben il 60,9 per cento è deprivata e il 41,1 per cento vive in famiglie gravemente deprivate)» (p.11).

Il tasso di disoccupazione totale, rilevato da Istat a novembre 2013, raggiunge il 12,7% e la disoccupazione giovanile, riferita alla popolazione in età inferiore ai 25 anni, ha raggiunto nello stesso periodo il 41,6%. Per chi ha conservato l'impiego si è ulteriormente accentuata la polarizzazione tra tipologie contrattuali: continuano a diminuire gli occupati a tempo pieno e indeterminato e ad aumentare quelli a tempo parziale, a tempo determinato e con contratti di collaborazione. Si sono inoltre accentuate le differenze territoriali e la quota della disoccupazione meridionale si è attestata nel 2012 al 17,2% contro il 7,4% del Centro Nord, con un conseguente peggioramento delle condizioni generali di questa area del Paese, dove la deprivazione materiale riguarda ormai il 40,1 per cento della popolazione, mentre la grave deprivazione riguarda ormai una persona su quattro (25,1 per cento) (Istat Rapporto Annuale 2013).

Le dinamiche demografiche e sociali sin qui descritte hanno una relazione importante con la sostenibilità a lungo termine del nostro sistema di Welfare, sia per ragioni di carattere finanziario sia per i mutamenti che stanno interessando la famiglia che è l'elemento centrale su cui si fonda la rete informale di assistenza a favore della popolazione non autosufficiente. La bassa fecondità, in modo particolare, ha conseguenze importanti su molti aspetti della vita delle persone e sull'intera collettività: basta pensare all'impatto che essa ha sulla tenuta del sistema economico, sulla crescita complessiva del paese e sulle sue capacità di innovazione ma anche sul sistema previdenziale e sanitario.

L'andamento della natalità e l'invecchiamento della popolazione, in stretta relazione con l'indice di dipendenza, e la grave crisi occupazionale, condizionano infatti la base contributiva su cui si sorregge la spesa delle politiche sociali e, allo stesso tempo, l'invecchiamento della popolazione incrementa la spesa per le prestazioni previdenziali e sanitarie, aumentando la pressione sulla sostenibilità finanziaria del sistema.

Ma anche la crescita della produzione è condizionata da questi due fattori: secondo le previsioni dell'Ocse e di Ecofin essi determineranno in Europa una riduzione dello 0,7% annuo della crescita (Esping-Andersen, 2011). Anche per queste ragioni appare necessario

intraprendere riforme che tengano conto di criteri di equità sociale ed intergenerazionale

La distribuzione del benessere tra i pensionati di domani infatti dipende soprattutto da come sono distribuite le opportunità sociali tra i bambini di oggi. Se i responsabili delle politiche pubbliche sono davvero preoccupati della necessità di avere un modello previdenziale equo in futuro, il primo passo obbligato dovrebbe essere assicurare una maggiore equità negli stimoli cognitivi che i bambini ricevono e nei risultati scolastici che raggiungeranno (Ibidem, p 203).

Detto in altro modo, la sicurezza delle pensioni nel 2040 o nel 2050 dipende non tanto dalle riforme del sistema previdenziale che possiamo inventarci oggi, quanto dalla quantità, dalla qualità e soprattutto dalla distribuzione dell'insieme di risorse produttive (fisiche, umane e ambientali) che i nostri figli erediteranno da noi (Ibidem, p.199).

L'altra dimensione di particolare rilievo che qui dobbiamo considerare è l'effetto combinato delle tendenze demografiche e dei comportamenti sociali sulla struttura della famiglia.

Nel nostro sistema di Welfare il supporto fornito dalla rete familiare è fondamentale per la gestione di crisi temporanee ma anche per quella di situazioni di disagio cronico: il 70-80% delle cure agli anziani non autosufficienti non istituzionalizzati è fornita dalla rete di supporto informale (Prandini, 2009) e le funzioni di cura alla persona sono solitamente garantite dal coniuge, dalle figlie, dalle nuore, dai figli maschi, mentre gli altri parenti forniscono aiuti di carattere più strumentale ed integrativo.

Questa è la realtà attuale ma quale sarà nei prossimi decenni l'effetto delle trasformazioni demografiche e sociali, a cui abbiamo fatto prima riferimento, sulla possibilità di risposta delle reti familiari alla domanda di cura che si presume crescente?. Gli anziani nei prossimi anni dovranno confrontarsi, oltre che con la diminuzione del numero medio dei figli, con una loro minore disponibilità ad occuparsi dei genitori rispetto a quanto avvenuto in passato: i processi di frammentazione dei loro percorsi di vita e di lavoro, che li espongono ad una condizione di maggiore fragilità sociale, e soprattutto l'aumento dell'occupazione femminile, renderà i figli dei futuri anziani meno disponibili ad occuparsi del lavoro di cura. Gli ultraottantenni dei prossimi venti anni avranno quindi complessivamente meno risorse familiari di quelli di oggi e per gli anziani degli anni successivi al 2030 la situazione sarà ancora più difficile, perché come sostiene Prandini (2009, pp 219-255) molti di loro non avranno figli, molti saranno figli unici senza fratelli e se l'allungamento della vita garantirà loro, in linea di massima, la presenza del coniuge, su questo fattore per molti influirà negativamente l'andamento crescente dell'instabilità di coppia.

Esping-Andersen (2009) nella sua analisi relativa alle relazioni di cura intergenerazionali evidenzia come la Danimarca sia il miglior punto di riferimento in Europa per quanto riguarda le politiche di conciliabilità; ovviamente ciò ha un costo finanziario molto elevato, che può apparire insostenibile ai nostri sistemi di welfare, ma ha ricadute importanti sul piano dell'efficienza, della crescita sociale ed economica complessiva del paese.

Infatti l'accesso a servizi di cura di alta qualità produce innanzitutto, nel caso dei servizi per l'infanzia, grandi risultati sul piano dell'investimento in capitale umano, in particolar modo sulla preparazione dei bambini e sui loro futuri risultati scolastici e conseguentemente sulla crescita futura complessiva del Paese. In secondo luogo esso ha effetti positivi sulle dinamiche economiche di lungo periodo, perché riduce il fenomeno dell'interruzione del lavoro femminile, determinato dalla necessità di rispondere alle esigenze del lavoro di cura familiare, e non comporta grandi perdite di reddito né minori entrate in termini di tasse. Infatti le famiglie che usufruiscono di servizi formali di cura, ripagano completamente, con gli interessi, i servizi ricevuti tramite le tasse sul reddito aggiuntivo prodotto dal lavoro femminile (Ibidem, p.122).

L'erogazione di servizi pubblici è, nell'analisi di Esping-Andersen, una condizione necessaria per arrivare ad una società più equa e più giusta. Secondo l'autore il benessere dell'individuo e della società nel loro insieme sono il risultato di una combinazione di interventi attivati dalla famiglia, dal mercato e dallo stato: mentre la famiglia fornisce le reti di sostegno sociale, il mercato fornisce il reddito monetario e lo stato assume il ruolo di risorsa basilare nella infanzia e nell'anzianità o nei momenti di difficoltà. Questi tre elementi hanno un effetto reciproco l'uno sull'altro e se si verifica un fallimento di uno di essi, conseguentemente, sarà necessario appoggiarsi di più su uno degli altri due o su entrambi. In questo particolare momento di crisi economica e sociale il ruolo dello stato è fondamentale, perché la famiglia non sembra più in grado di rispondere pienamente al ruolo di cura tradizionalmente svolto, ed è evidente che il mercato non può assumere un ruolo sostitutivo, dati i costi troppo elevati che lo caratterizzano.

La famiglia, che fino ad oggi ha compensato le mancanze dei servizi pubblici, ha bisogno quindi di essere sostenuta con politiche familiari non più basate su interventi settoriali e categoriali ma su politiche che tengano di conto della sua configurazione generazionale e che realizzino a suo favore efficaci misure di sostegno a contenuto intergenerazionale. Ma la crisi finanziaria ed economica ha ridotto l'investimento finanziario dello stato e degli enti territoriali nelle politiche sociali di sostegno alla famiglia, con un conseguente vuoto di benessere, con effetti controproducenti da un punto di vista economico e con tensioni sociali crescenti.

2.3 Le dinamiche della spesa sociale al tempo della crisi: la situazione italiana

L'andamento della spesa destinata alla protezione sociale nella Europa a 27 ha subito, nel corso dell'ultimo decennio, importanti cambiamenti: se sino a metà degli anni 2000 la spesa sociale pubblica della Unione Europea era pari a circa il 25% del PIL e costituiva il 40% della spesa pubblica sociale mondiale, negli anni della crisi si è verificato un generale e progressivo processo di riduzione dei volumi di spesa; un fenomeno decisamente in controtendenza rispetto a quanto si è invece verificato negli USA e per un certo periodo di tempo anche negli altri paesi dell'area OCSE. Già nel 2010 si è registrato un generale rallentamento del ritmo di crescita, con un calo deciso nel 2011, mentre sia negli Usa sia in area OCSE si è assistito ad una sua stabilizzazione.

Nel 2011 e 2012 la riduzione di spesa diventa generalizzata in tutta l'Europa (Bontout e Lokajickova, 2013), in attuazione degli obiettivi di sostenibilità dei conti pubblici e di stabilità finanziaria, che prevedono il rafforzamento del criterio delle politiche di bilancio prudenti, una maggiore automaticità delle sanzioni per i paesi inadempienti ed infine la regola del pareggio di bilancio⁸. Questa riduzione del ritmo di crescita si è verificata nonostante che nei periodi di congiuntura economica sfavorevole si assista solitamente ad un processo di stabilizzazione automatica della spesa pubblica di protezione sociale, in particolar modo nelle sue componenti rivolte alla disoccupazione, all'esclusione sociale e ai sostegni alle famiglie in generale.

La specificità della situazione italiana in questo quadro è descritta dal documento del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2013, di analisi della spesa pubblica in Europa negli anni 2000-2011, e dal Rapporto sulla coesione sociale del 2013 del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e dal Rapporto annuale Istat 2013. I dati sulla spesa primaria in percentuale di Pil riferiti alla EU 27 per l'anno 2011, forniti dal Mef (2013, p. 31, Tav. VII), distinta per funzioni in base alla nomenclatura Cofog⁹, ci dicono che anche nel nostro Paese,

⁸ La riforma della governance economica europea, avviata nel 2010 con il six pack, è proseguita nel marzo 2012 con il Fiscal compact e con il trattato istitutivo dell'European Stability Mechanism (ESM). Nel febbraio del 2013 il Consiglio dell'Unione europea, il Parlamento europeo e la Commissione hanno raggiunto un accordo sui due regolamenti (denominati two pack) che mirano ad integrare il six pack e il Fiscal compact, prevedendo un ulteriore rafforzamento della sorveglianza economica dei paesi in gravi difficoltà finanziarie e l'introduzione di disposizioni comuni per il monitoraggio e la valutazione dei documenti programmatici degli Stati membri. In Italia, quasi contestualmente alla definizione del Fiscal compact, è stata approvata la Legge Costituzionale n. 1 del 2012, che sulla spinta delle sollecitazioni europee ha inteso costituzionalizzare il cosiddetto principio del pareggio di bilancio

⁹ la nomenclatura Cofog (Classification of function of government) adottata a livello internazionale, distingue la spesa delle amministrazioni pubbliche in dieci divisioni: sei per interventi e servizi di tipo collettivo (Servizi generali delle pubbliche amministrazioni, Difesa, Ordine pubblico e sicurezza, Affari economici, Protezione dell'ambiente, Abitazioni e assetto territoriale) e quattro per interventi e servizi di tipo individuale (Sanità, Attività ricreative, culturali e di culto, Istruzione, Protezione sociale).

come accade per la maggior parte dei paesi europei, la quota più rilevante della spesa primaria è assorbita dalle misure di protezione sociale.

L'Italia, con una quota pari al 20,5%, è addirittura sopra la media europea (pari al 19,6%) data per l'anno 2011, da quote, in rapporto al PIL, che vanno dall'11,9% della Slovacchia al 25,2% della Danimarca, più di noi in protezione sociale spendono la Francia (23,9%), la Danimarca con il 25,2%, la Finlandia (23,7%) e la Svezia con il 20,8%; la Grecia si attesta su una spesa pari al 20,4%. Gli altri principali paesi europei hanno valori pari o inferiori alla media: la Germania ha una percentuale di spesa per la protezione sociale pari al 19,6%, il Regno Unito una percentuale pari al 17,9%, la Spagna pari al 16,9% (Ibidem).

La seconda Divisione, in termini di spesa primaria, è rappresentata nella maggior parte dei Paesi dalla Sanità; in questo caso l'Italia, con una percentuale pari al 7,4% del proprio PIL, supera di poco la media europea (7,3%) e la spesa della Germania (7,0%), ma è in una posizione inferiore rispetto alla Francia (8,3%) e al Regno Unito (8,0%) (Mef, 2013, tav.VII).

Da questi dati ricaviamo quindi che la spesa destinata a protezione sociale e sanità non si differenzia molto da quella degli altri principali paesi europei ma se analizziamo nel dettaglio la composizione della nostra spesa di protezione sociale e la confrontiamo con quella degli altri paesi europei allora emergono le peculiarità della spesa pubblica italiana.

La Corte dei Conti (2012), partendo dalla analisi della composizione delle spese correnti riportate nel conto economico della pubblica amministrazione (anni 2010-2014), afferma che

le spese per prestazioni sociali sono pari, mediamente, al 45% della spesa corrente al netto degli interessi, e sono destinate, per una quota preponderante, a spesa pensionistica (solo una percentuale residua trascurabile è destinata al sostegno di individui e imprese in difficoltà), mentre la sanità assorbe circa il 16% delle spesa corrente al netto degli interessi, con un'incidenza sul PIL moderatamente decrescente, che passa dal 7,1% (nel 2011), al 6,9% (nel 2014) (p. 299).

e, facendo riferimento alle statistiche SESPROS, che hanno lo scopo di misurare e analizzare le politiche sociali all'interno dei paesi dell'Unione europea limitatamente a sanità, previdenza e assistenza sociale, evidenzia come in Italia vi sia una netta prevalenza della spesa pensionistica sulle altre spese sociali. Essa, nel periodo 2008-2010, senza particolari variazioni nel triennio, assorbe circa il 66% delle risorse, seguita da quella per la sanità (25,6% nel 2010) e per l'assistenza (8%). Il documento, confrontando poi la spesa sostenuta dall'Italia per le principali prestazioni sociali con quella degli altri paesi europei, evidenzia le caratteristiche specifiche della nostra spesa, che «ne fanno un'anomalia nel contesto europeo» (Ibidem, p.300). Le statistiche Eurostat infatti mostrano infatti come nell'anno 2010 la composizione della spesa del nostro Paese

per il welfare sia caratterizzata da un 16% di spesa pensionistica, a fronte di una media europea dell'11,7%, da un 7% per i servizi sanitari, a fronte di una media europea del 7,7.

Questa particolare composizione della spesa di protezione sociale è abbastanza stabile nel nostro Paese nel corso degli anni, così come la ripartizione al suo interno tra prestazioni in denaro e prestazioni in natura.

Le prestazioni in denaro infatti costituiscono storicamente la parte preponderante della spesa: nell'anno 2012 la spesa complessiva per prestazioni, pari 454.988 milioni di euro (cioè il 95,8% delle uscite), è stata assorbita per 337.944 milioni di euro da prestazioni in denaro (Ministero del lavoro e delle Politiche sociali 2013, p.51). Anche nella spesa destinata alla Assistenza sociale: nel 2012 su 31.928 milioni di euro, i 3/4 sono rappresentati da prestazioni in denaro, fra le quali le pensioni di invalidità civile (14.962 milioni) costituiscono il 46,9% del totale, in lieve aumento rispetto al 2011 (45,2%) (Ibidem).

Troviamo un'interessante ricostruzione e stima delle risorse finanziarie destinate per l'anno 2012 ai programmi di carattere assistenziale in Italia nel documento scaturito dal lavoro di ricerca coordinato da Emanuele Ranci Ortigosa e da Paolo Bosi, pubblicato nel numero speciale di Prospettive Sociali e Sanitarie (agosto-ottobre 2013). Il documento elabora una ricostruzione della spesa di protezione sociale, adottando come base i conti Sespros, utilizzati da Istat nell'ambito della produzione dei conti Eurostat per l'analisi della spesa di protezione sociale, ma riaggregando tali dati, secondo i criteri già utilizzati dalla Commissione Onofri del 1997, in quattro ambiti: pensioni in senso stretto, ammortizzatori sociali, sanità e assistenza (Tab 2.1).

Tab. 2.1. Le risorse per la protezione sociale totale nel 2012

	Milioni di euro	% sul PIL *
Totale risorse per la protezione sociale (stima)	460.035	29,5
Pensioni in senso stretto e TFR	256.060	16,4
Assicurazioni del mercato del lavoro, incluse le politiche attive	39.183	2,6
Sanità (in senso stretto)	98.009	6,3
(Di cui spesa sanitaria nazionale per servizi alla non autosufficienza)	(di cui 4.782)	
Spesa per assistenza sociale	66.783	4,3

Fonte (dati rielaborati da "La distribuzione delle risorse finanziarie dei programmi per l'assistenza in Italia", Prospettive Sociali e Sanitarie, agosto-ottobre 2013, p. 28)

** PIL monetario pari a 1565916 milioni di Euro*

La voce Spesa per l'assistenza sociale viene poi ulteriormente suddivisa in: sostegno alle responsabilità familiari, contrasto alla povertà, sostegno alla non autosufficienza e handicap.

L'analisi più dettagliata della voce "assistenza" ha comportato un'ulteriore integrazione dei dati, rispetto ai conti Sespros, con le voci di spesa destinate alle detrazioni fiscali per carichi familiari

dell'Irpef, al TFR dei lavoratori del settore privato, alle risorse destinate all'indennità di malattia, maternità e indennità temporanea per infortuni del settore privato, alla spesa per le politiche attive del mercato del lavoro. A queste voci sono poi state aggiunte le spese delle famiglie per l'acquisto di servizi di assistenza per la non autosufficienza (assistenti familiari) e le spese per le compartecipazioni al costo dei servizi erogati dalle amministrazioni pubbliche a sostegno delle famiglie. Quindi l'80% circa di una spesa complessiva di circa 67 miliardi di euro (4,28 punti di PIL) è assorbito da programmi nazionali gestiti dall'Inps e dalle detrazioni fiscali (circa 54 miliardi di euro), 5 miliardi circa sono assorbiti dalla spesa sociosanitaria a favore della non autosufficienza e il restante 14% circa (8,5 miliardi) è gestita dai Comuni, dalle Regioni e da altri Enti, per servizi ed erogazioni monetarie. Emergono immediatamente alcune considerazioni. Innanzitutto si evidenzia la limitatezza delle risorse impegnate, sia in rapporto alla ricchezza nazionale complessiva sia nel raffronto con gli altri aggregati di spesa sociale, previdenza e sanità. In secondo luogo emerge lo squilibrio tra prestazioni monetarie e servizi, dato il carattere predominante della quota di risorse gestite attraverso programmi centralizzati, più dell'80%, (a prevalente gestione Inps) rispetto a quella gestita al livello territoriale da Regioni e Comuni, del tutto marginale. Dobbiamo inoltre evidenziare la profonda differenza, in termini di criteri di accesso e di fruizione delle risorse, fra quelle erogate dai comuni e quelle centralizzate, gestite quest'ultime con modalità rigide e burocratiche e assolutamente svincolate da qualsiasi progetto assistenziale e da qualsiasi verifica sul loro corretto utilizzo. Un'ulteriore considerazione riguarda l'assoluta mancanza di coordinamento tra le risorse monetarie e le prestazioni di servizi

Esemplificativo su questo ultimo punto è il caso della politica per la non autosufficienza, che vede la totale mancanza di coordinamento tra le risorse messe in campo a livello territoriale per l'implementazione della rete dei servizi e quelle mobilitate a livello centrale per la gestione del sistema dell'indennità di accompagnamento. Lo stesso discorso vale per il contrasto alla povertà e il sostegno ai nuclei familiari (Kazepov, Barberis, 2013, p.206).

Un altro dato di particolare interesse, evidenziato dal lavoro di ricerca curato da Ortigosa e Bosi (2013), è la «scarsa equità» garantita dai programmi di spesa e la loro «scarsa efficacia redistributiva» fra i soggetti in difficoltà

...l'analisi della distribuzione delle erogazioni monetarie nazionali fra decili di famiglie definiti in base alla loro condizione economica (ISEE), evidenzia come attualmente il 37% di tutta la spesa assistenziale ed il 37% delle risorse per le misure destinate ad integrare i redditi carenti, e il 32% delle risorse per il sostegno economico delle famiglie con figli, tutte misure di integrazione del reddito delle famiglie finanziate con la fiscalità generale, affluiscono alla metà più ricca delle famiglie (cioè dal 6°

decile in su): le famiglie che fanno parte dei decili superiori al 6° sono famiglie il cui ISEE medio va dagli oltre 24.000 € del settimo decile agli oltre 70.000 del decimo decile. A fronte di queste situazioni abbiamo milioni di famiglie che sono sotto la soglia di povertà assoluta, o con carichi di figli minori o di anziani non autosufficienti e che non possono contare su alcun sostegno pubblico certo o solo su sostegni del tutto inadeguati (Ibidem pp.13-26, tavole 1-42).

Parte Seconda - Realtà territoriali e logiche di intervento

Capitolo 3. Quale modello di Welfare nelle politiche sociali del Valdarno Inferiore

3.1 Il paradigma del Social Investment

Le prime origini della prospettiva di *Social Investment* possono essere ricondotte alle idee di politica sociale, elaborate negli anni '30 dai coniugi Myrdal, due socialdemocratici svedesi: una politica vista in chiave di investimento piuttosto che costo, orientata ad una efficiente organizzazione della produzione e alla crescita economica attraverso azioni di sostegno al ruolo lavorativo e riproduttivo delle donne. La proposta dei Myrdal, che nasceva dalla necessità di combattere la recessione e la grave crisi demografica, si basava proprio sull'adozione di politiche a sostegno della famiglia, tramite interventi di supporto economico, di sostegno al lavoro femminile per l'affermazione di un modello di famiglia basata sul doppio reddito, sull'assistenza sanitaria e sull'adozione di politiche per lo sviluppo di servizi educativi a favore dell'infanzia, partendo dall'assunto che le capacità dei bambini non sono biologicamente determinate ma legate a fattori socio-economici e di istruzione (Morel, Palier e Palme, 2012). Nella proposta politica dei Myrdal si conciliavano i due obiettivi di uguaglianza e di efficienza che erano stata fino ad allora visti come contrastanti.

La nuova prospettiva politica rimase però nell'ambito dei confini svedesi per molto tempo, sino alla fine degli anni 90, quando in campo politico e sociologico si sviluppò un intenso confronto tra orientamenti ed idee su un nuovo concetto di welfare, proprio a partire dalla necessità di ridefinirne i principi, gli obiettivi e gli strumenti, per adeguarlo al mutato contesto socio-economico dell'era postindustriale. In questo confronto si creò una certa convergenza verso un nuovo modo di pensare che pose l'accento sulla necessità di politiche finalizzate a "preparare" piuttosto che a "riparare", una nuova logica politica e culturale che può essere appunto definita di *Social Investment*.

Fondamentale per questa nuovo approccio è l'idea che le politiche sociali debbano essere considerate come fattore produttivo, essenziale per lo sviluppo economico e per la crescita dell'occupazione; infatti in ambito OCSE la prospettiva del *Social Investment* fu vista essenzialmente come un mezzo per sostenere un'economia diversa rispetto a quella del dopoguerra, cioè un'economia basata sulla conoscenza e vista come il motore della crescita

(Morel, Palier e Palme, 2012).

Questa nuova visione costituisce una significativa rottura con il punto di vista neoliberista, che come abbiamo già detto si affermò nella seconda metà degli anni '70 e che vedeva la politica sociale come un costo e un ostacolo alla crescita economica e all'occupazione.

La stessa Commissione europea dal 2000 in poi assume questa nuova prospettiva per la definizione del futuro modello sociale europeo, disegnando le linee per un processo di ammodernamento dei sistemi di Welfare europei che comunque salvaguardino le conquiste ottenute nel loro periodo di maggiore sviluppo: in particolare con la “Strategia di Lisbona” ma anche con diversi documenti e comunicazioni¹; si sottolinea l’esigenza di rafforzare, attraverso la riforma dei sistemi di protezione sociale, il capitale sociale degli stati membri e si afferma la concezione di un welfare in termini di investimento piuttosto che di spesa.

In particolar modo l’investimento nell’infanzia, nell’istruzione, nella formazione, nella prevenzione sanitaria sono considerate azioni e strategie redditizie che offrono vantaggi importanti nell’età adulta e nella generazione successiva, perché consentono di incrementare l’occupazione e la produttività ma anche di ridurre i costi della crisi sociale. La strategia Europa 2020² (COM 2010) riprende il tema del *Social Investment* coniugandolo con quello della innovazione sociale e introduce una idea di welfare «abilitante» nel quale istituzioni e società civile rispondono in modo più efficiente e più efficace ai bisogni della società (ibidem).

Nei precedenti passaggi si è già dato conto di come parte della letteratura, assumendo la prospettiva del *Social Investment*, stia da tempo sottolineando la relazione che intercorre tra invecchiamento della popolazione e benessere delle famiglie, invecchiamento, equità ed efficienza del sistema sociale ed economico, con specifico riferimento alla condizione femminile e infantile, e ancora come le politiche pubbliche, agendo in modo diverso sulle dimensioni di “dipendenza/indipendenza dal mercato”, “dipendenza/indipendenza dalla famiglia”, favoriscano più o meno gli obiettivi di equità di genere e di equità sociale.

Nel 2013 la stessa Commissione europea, pubblicando la Comunicazione “*Verso l’investimento sociale per la crescita e la coesione, inclusa l’implementazione del fondo sociale europeo per il 2014-2020*”, e adottando poi ulteriori raccomandazioni e documenti interni, che costituiscono complessivamente il *Social Investment Package*, ha invitato gli Stati Membri a trovare la strada per una crescita inclusiva, a dare la priorità agli investimenti sociali e a

¹ *Opportunità, accesso e solidarietà: verso una nuova visione sociale per l’Europa del XXI secolo* (COM 2007, 726 def.), *Mettere in pratica la conoscenza: un’ampia strategia dell’innovazione per la UE* (COM 2006, 502 def) e con l’Agenda sociale rinnovata (COM 2008, 412 def). *Ripensare l’istruzione: investire nelle abilità in vista di migliori risultati socioeconomici*, Comunicazione COM(2012) 669 del 20, novembre 2012.

² Comunicazione della Commissione “*Europa 2020- Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*”, COM (2010) 2020 del 3 marzo 2010, conclusioni del Consiglio europeo del 17 giugno 2010

modernizzare i propri sistemi di welfare, adottando politiche sociali più efficaci ed efficienti nel dare risposta alle pressanti sfide sociali. L'invito è quello di adottare misure ed interventi che in particolare aiutino gli individui e le famiglie ad affrontare le difficoltà derivanti dalle nuove condizioni di vita, dai nuovi modelli familiari, dalle nuove condizioni di lavoro e dall'invecchiamento demografico. Nel documento si sottolinea la necessità di investire nel capitale umano lungo tutto l'arco della vita

Se si vuole che gli obiettivi della strategia Europa 2020 siano raggiunti, occorre realizzare azioni correttive su vasta scala per rispondere ai problemi incontrati dai cittadini nelle varie tappe della loro esistenza. I bambini che crescono nella povertà vi restano spesso per tutta la vita. Ad esempio, le forti disuguaglianze di istruzione e di salute durante l'infanzia si aggravano spesso nel corso dell'esistenza. E' quindi importante prendere in considerazione i fattori determinanti per la salute lungo tutto l'arco della vita (Commissione Europea, COM 2013, p. 6).

[...] L'aiuto dovrebbe concentrarsi sulle esigenze specifiche dei vari momenti della vita: l'infanzia, la gioventù, il passaggio dalla scuola al lavoro, la parentalità, la carriera dall'inizio alla fine e la vecchiaia. Ciò suppone la necessità di adattare i servizi integrati, le prestazioni in denaro e l'assistenza in funzione delle tappe critiche della vita, prevenendo le future difficoltà» (Ibidem, pag. 17).

E ancora Koos Richelle, Direttore Generale del Dipartimento della Commissione Europea per lo sviluppo, gli affari sociale e l'inclusione, afferma che

Gli investimenti pubblici per la cura dei figli, per l'educazione, per il sostegno ad un invecchiamento attivo e sano, devono rimanere al centro delle politiche, anche quando i bilanci sociali e sanitari sono stretti. Senza tale investimento, molte persone non saranno in grado di partecipare alla società e sviluppare il loro potenziale economico, con effetti negativi sul capitale umano, sul PIL e sulla prosperità sociale nel suo complesso (Richelle, 2013, p. 2).

I paesi che hanno sostenuto un maggiore impegno in investimento sociale hanno quindi dimostrato di resistere meglio alle sfide: hanno tassi più bassi di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale, hanno un livello di istruzione più elevato, una maggiore occupazione, un deficit minore ed un PIL pro capite più elevato. E' il caso dei Paesi Nordici e dei Paesi Bassi che hanno applicato il paradigma dell'investimento sociale.

L'approccio del *Social Investment*, sollecitato dalla Commissione europea, proprio a partire dai vincoli di bilancio esistenti, presuppone quindi un *migliore utilizzo delle risorse e l'investimento in protezione sociale come fattore produttivo*, affinché le persone ricevano una spinta quando più ne hanno bisogno. Esso si basa su un approccio preventivo ed olistico che guarda

all'individuo e alla famiglia secondo il ciclo di vita e non per categorie e bisogni frammentati. Agire in una logica di investimento sociale significa rafforzare le competenze e le capacità delle persone per tutto l'arco della loro vita, facilitando la loro partecipazione alla vita sociale ed economica.

Un sistema di interventi a favore della popolazione anziana e che voglia orientarsi in tal senso dovrà innanzitutto leggere la condizione di questa fascia di popolazione nel territorio, non solo prendendo in considerazione dati di tipo quantitativo (cioè il numero di persone in età superiore ai 65 o ai 75 anni, il numero delle persone non autosufficienti ecc.), ma anche e soprattutto di tipo qualitativo: cioè osservare le relazioni che intercorrono tra le persone anziane ed il loro contesto di vita da un punto di vista culturale, relazionale, sociale ed economico e cercare di capire come la combinazione di questi fattori incida sulle condizioni di rischio di progressiva disabilità (Villa, 2010).

Assumere il paradigma del Social Investment nell'approccio all'età anziana significa avere in mente la connessione che intercorre tra le traiettorie di vita individuali e familiari con gli eventi esterni, con le risorse personali e familiari; come dice Bertin (2009)

[...] i cambiamenti nella vita sono riconducibili alle interdipendenze fra gli accadimenti personali e le dinamiche del contesto sociale nel quale la persona è inserita. In questa prospettiva l'invecchiamento è il percorso lungo il quale si manifestano e si realizzano queste interdipendenze (p.51)

Leggere la realtà sociale, e quindi anche la condizione di vita della popolazione anziana, in questa ottica significa avere in mente la relazione che intercorre tra benessere, fattori di rischio e condizioni di bisogno, sapendo che entrambi mutano in ragione delle trasformazioni della società.

3.2 Il modello dei servizi e la logica delle risposte: ricerca su approccio culturale di riferimento e logiche di intervento nei servizi per la popolazione anziana

Ferma restando quindi la necessità di politiche pubbliche nazionali che offrano un adeguato sostegno al reddito, che promuovano un mercato del lavoro in grado di favorire l'inserimento delle persone in situazioni di svantaggio e l'accesso a servizi sociali e sanitari di qualità, e' comunque opportuno chiederci se e come la politica sociale locale e quindi il sistema dei servizi territoriali stia adottando sul territorio una strategia di risposta adeguata alla complessità crescente dei bisogni delle famiglie e degli individui.

Si è cercato di rispondere a questa domanda attraverso una ricerca di tipo qualitativo che assumendo il *Social Investment* come paradigma di riferimento, ha voluto approfondire l'attuale dimensione operativa ed organizzativa dei servizi socio assistenziali del Valdarno Inferiore a partire dall'analisi e riflessione sul modello dei servizi rivolti alla popolazione anziana. L'obiettivo della ricerca è stato quello di far emergere le "logiche" che informano la dimensione progettuale ed operativa dei servizi e capire quanto esse siano vicine o lontane dal paradigma dell'Investimento Sociale, secondo le più recenti raccomandazioni dell'Unione Europea.

Si è cercato di capire quanto i Servizi nel loro operare abbiano come presupposti la centralità della persona e dei suoi bisogni, quanto mantengano l'attenzione rivolta al corso di vita dell'individuo e della sua famiglia, ai processi di trasmissione dei rischi sociali, e assumano come obiettivo primario quello di favorire l'eguaglianza delle opportunità.

E ancora si è cercato di capire quanto essi siano guidati da logiche di intervento basate sulla prevenzione e sull'integrazione, sull'azione sinergica e coordinata tra i diversi attori coinvolti nel sistema dei servizi.

Ci è sembrato quindi importante acquisire, dall'interno degli stessi Servizi, una valutazione su quanto i percorsi assistenziali siano pensati in tale ottica, su quanto l'approccio valutativo e progettuale che li caratterizza sia orientato ad una visione sistemica e dinamica o quanto ancora prevalga piuttosto una modalità di intervento settoriale, a quale tipo di bisogni il sistema di welfare territoriale risponda principalmente, se la risposta prevalente passi attraverso l'erogazione di servizi o attraverso prestazioni monetarie ed, in secondo luogo, se la presa in carico ragioni in termini di cicli di vita e personalizzazione delle risposte oppure mantenga un approccio categoriale e standardizzato.

La ricerca, condotta a partire dalla analisi e riflessione sugli interventi specificamente attivati nei confronti della popolazione anziana, mantenendo però sullo sfondo gli interventi rivolti alla totalità della popolazione, si è basata sulla pianificazione e conduzione di due successivi Focus Group, condotti a distanza di alcune settimane. In entrambi i casi il gruppo era costituito da operatori che prestano la loro attività nell'ambito dei Servizi sociali della Società della Salute del Valdarno Inferiore.

Il primo gruppo ha avuto come obiettivo di lavoro la "Descrizione e Analisi dei processi assistenziali in 3 situazioni tipo", il secondo gruppo ha lavorato sulla "Analisi delle logiche di intervento", prendendo spunto dagli elementi emersi nel primo focus.

Nelle due esperienze la conversazione è stata guidata attraverso domande stimolo che hanno consentito di sollecitare la discussione ma al tempo stesso di mantenere la conversazione entro i limiti dell'indagine, dando particolare attenzione al punto di vista degli operatori

3.2.1 Il primo focus: i percorsi assistenziali a favore della popolazione anziana

Il primo gruppo focus, era composto da 5 Assistenti Sociali che fanno parte della Unità Operativa anziani della Società della Salute Valdarno Inferiore, il cui ambito territoriale di riferimento è la Zona Distretto del Valdarno Inferiore della USL 11 che comprende i Comuni di Montopoli in Valdarno, Santa Croce Sull'Arno, Castelfranco di Sotto e San Miniato.

Fatta eccezione per l'Assistente Sociale, che partecipa stabilmente alla Unità di valutazione multidimensionale³ di riferimento per l'intero territorio, le altre Assistenti Sociali operano ognuna in un Comune diverso e si occupano esclusivamente della popolazione anziana che vive in quel territorio comunale.

I percorsi operativi ed assistenziali nei quali questi operatori sono quotidianamente impegnati sono quelli previsti dalle Leggi Regionali della Toscana n 41 del 2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e n 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza". In particolare questa seconda normativa ha significativamente condizionato negli ultimi anni il lavoro dei Servizi con la popolazione anziana, focalizzando l'attenzione del sistema sulla non autosufficienza, innanzitutto perché attribuisce alle zone distretto risorse vincolate all'erogazione di prestazioni a favore di questa categoria di cittadini, ed in secondo luogo perché definisce percorsi strutturati di presa in carico ed individua i luoghi e le modalità per l'accesso dei cittadini.

Il lavoro con la popolazione anziana autosufficiente si colloca invece nella cornice normativa di riferimento prevista dal titolo I, capo II "Diritti di cittadinanza sociale" della Legge 41/2005. Questa normativa afferma che i servizi sociali ricomprendono «tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi e prestazioni destinati a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e difficoltà che la persona incontra nel corso della vita» e che «il sistema dei servizi sociali è un sistema integrato per i diritti di cittadinanza sociale» ma non disciplina poi percorsi specifici di presa in carico e di relazione strutturata tra le diverse competenze professionali, né attribuisce ai diritti di cittadinanza sociale risorse dedicate, fatte salve quelle del fondo sociale regionale, che hanno però un carattere contributivo e perequativo, lasciando ai Comuni l'onere principale di finanziamento degli interventi.

L'obiettivo principale di questo primo gruppo focus è stato quello di ricostruire i processi di presa in carico ed i percorsi assistenziali rivolti alla popolazione anziana, evidenziando i profili

³ La struttura operativa deputata alla valutazione della condizione di non autosufficienza e alla definizione del piano assistenziale individualizzato, Unità di valutazione multidisciplinare, è definita dalla L.R n66/2008 ed è composta da un medico di distretto; un assistente sociale; un infermiere professionale. La UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione; la UVM, in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata da professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari.

specifici di “bisogno” che emergono nel lavoro quotidiano, le modalità di intervento, le risposte che vengono praticate, le relazioni che intercorrono tra i vari attori, e facendone emergere gli aspetti salienti e le maggiori criticità.

Il gruppo ha lavorato quindi a partire dall’analisi di 3 casi di studio presentati attraverso lo strumento delle “vignette”⁴. Le vignette utilizzate per la ricerca, sono descrizioni realistiche di casi “tipo”, cioè simili alle situazioni e storie individuali e familiari che gli operatori dei servizi per gli anziani incontrano quotidianamente nella loro attività, cioè persone con problemi di fragilità sociale e sanitaria e di non autosufficienza e famiglie alle prese con la gestione dei bisogni correlati a questi problemi. Le storie rappresentate nelle vignette, anche se sufficientemente vicine nei loro aspetti generali e specifici alle situazioni che i servizi normalmente incontrano, descrivono in realtà “casi immaginari”, proprio per consentire agli operatori che hanno partecipato al focus il distacco necessario per la riflessione e l’interpretazione di quanto accade durante il processo di presa in carico e per evitare il timore di un giudizio sul loro operato.

Alla presentazione della vignetta ha fatto seguito una traccia strutturata di intervista con domande finalizzate a simulare il processo di valutazione e presa in carico, consentendo così una “riproduzione”, in ambiente di gruppo, dei processi assistenziali riferiti a specifiche tipologie di bisogni, alla loro analisi e valutazione. E’ stato così possibile far emergere le modalità di intervento utilizzate dagli operatori, le possibili risposte date, ed infine sollecitare una interpretazione e riflessione su quanto accade nel percorso di presa in carico, come e perché ed evidenziare anche alcuni aspetti di criticità.

Una attenzione particolare nella strutturazione dell’intervista è stata data nel sostenere i partecipanti al gruppo nella riflessione individuale, evitando di suggerire risposte già pronte. Il tentativo è stato quello di favorire una ricerca e una ricostruzione di significati e interpretazioni sui dati emergenti con le vignette e non di raccogliere interpretazioni preformate.

Attraverso l’intervista si è cercato quindi di scandagliare il sistema di relazioni tra i soggetti coinvolti nel percorso di presa in carico ed il tema dell’integrazione con domande volte a capire quali sono gli attori coinvolti nell’accogliere la richiesta di intervento (quali uffici e quali servizi) e ancora a conoscere il percorso della pratica con domande del tipo: «*Qual è il percorso che la pratica segue?*», «*Chi effettua la valutazione? Ci sono criteri predefiniti di valutazione?*».

Si è cercato di capire quanto le logiche di frammentazione e categorizzazione condizionino il

⁴ Per l’utilizzo dello strumento delle vignette si è fatto riferimento e preso spunto dal materiale di ricerca utilizzato da Barberis e Kazepov (2013) in *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*.

modello di organizzazione e le modalità operative dei servizi attraverso domande come queste:

«Gli operatori che raccolgono la domanda ed entrano in contatto con l'anziano si occupano unicamente della richiesta relativa ad esso oppure guardano anche altri aspetti e fattori? Se sì quali?», «Cosa accade quando gli operatori, nel loro lavoro con gli anziani, entrano in contatto con problemi e bisogni di altri componenti della famiglia?».

Un altro obiettivo ancora era quello di mettere a fuoco le “criticità” (i bisogni) prevalenti su cui si appunta l’attenzione degli operatori ed evidenziare le logiche ed i criteri di “lettura” utilizzati nella loro rilevazione: *«Come definireste questa situazione? Quanto è rilevante per il Servizio?»*

Ed ancora capire se e in che misura i bisogni rilevati trovano poi una risposta. *«I bisogni emersi trovano una risposta e in che misura?»*

L’intervista, con il consenso dei partecipanti al gruppo, è stata registrata su supporto magnetico e su supporto cartaceo grazie all’ausilio di una collega che ha partecipato al focus con la funzione di osservatore e di aiuto nella registrazione. La registrazione delle informazioni emerse durante il focus ha consentito una migliore analisi ed interpretazione dei dati emersi e la loro catalogazione in un report successivo di restituzione

Gli esiti del primo focus group: il processo, l’approccio, i bisogni.

Il focus ha evidenziato una impostazione di lavoro nettamente distinta tra le due categorie della popolazione anziana autosufficiente e quella non autosufficiente, con una prevalenza di impegno, in termini di tempo lavoro e attenzione, sulla seconda categoria.

In questo caso è formalmente prevista l’integrazione delle dimensioni professionali sanitaria e sociale, e le procedure di valutazione, standardizzate, (come da Decreto Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà della Regione Toscana n 1354 del 25 Marzo 2010) si basano su elementi di carattere clinico e funzionale che producono un punteggio determinante ai fini della pesatura della condizione di non autosufficienza⁵; questo punteggio correlato poi alla

⁵ Le dimensioni misurate dal processo valutativo, che pesano nell’attribuzione del punteggio di isogravità del bisogno e nella definizione di risorse da attribuire al Pap, sono la dimensione clinico- funzionale relativa alla presenza di particolari patologie (scheda clinica), alla indipendenza nelle funzioni base della vita quotidiana, come lavarsi, vestirsi, alimentarsi ecc(scala BADL) e nelle attività strumentali della vita quotidiana, quali fare acquisti, prepararsi il cibo, gestire farmaci ecc..(scala IADL), alla presenza di disturbi dell’umore, allo stato mentale(test di Pfeiffer). Il processo di valutazione prevede anche l’utilizzo di strumenti relativi alla dimensione socio-ambientale tramite una scala di rilevazione del grado di stress del care giver familiare (CBI, caregiver burden inventory) e una scheda di valutazione sociale volta a dare informazioni sul livello di adeguatezza ambientale e sul livello di capacità di copertura dell’assistenza diretta e indiretta. La valutazione della dimensione sociale però non incide nell’attribuzione del punteggio di isogravità né sull’attribuzione di risorse destinate al Progetto assistenziale ma solo nella scelta della tipologia di risorse da attribuire al progetto. E’ da segnalare inoltre che la scala CBI viene somministrata dall’assistente sociale solo quando l’operatore rileva una criticità nella relazione di cura.

situazione reddituale del beneficiario, determinerà il quantum di risorse dedicate alla non autosufficienza che potranno essere erogate sotto forma di servizi o di prestazione monetaria.

La valutazione sociale, anche se prevista e strutturata secondo uno strumento/schema predisposto dalla Regione Toscana, non incide però in alcun modo su questa misurazione, anche se viene utilizzata, in ambito di Unità di valutazione multidimensionale, per la definizione del progetto assistenziale personalizzato, ma esclusivamente in riferimento al tipo di intervento da adottare (esempio assistenza domiciliare piuttosto che inserimento residenziale ecc...). Quindi, come evidenziano gli operatori *«la dimensione sociale non rileva formalmente nella valutazione della condizione di non autosufficienza né nella quantificazione di prestazioni a cui il cittadino e/o la sua famiglia avranno accesso»*.

Ma l'aspetto di forza riconosciuto dal gruppo al percorso riservato alla non autosufficienza è costituito essenzialmente dalla attribuzione di risorse dedicate (Fondo Regionale per la non autosufficienza), dalla previsione formale di un lavoro integrato tra servizi diversi e dalla chiarezza dei percorsi. Questo ultimo aspetto in particolare è apprezzato dagli operatori che ritengono utile che *«[...]l'anziano ed i suoi familiari sappiano con certezza a quali prestazioni ha diritto e a quali condizioni, quali percorsi devono seguire, e ciò crea le premesse per un rapporto più chiaro e trasparente con i servizi e le istituzioni»*.

Il lavoro sugli anziani autosufficienti invece non si basa su un percorso strutturato di valutazione e presa in carico né può fare affidamento su un sistema formale di relazioni tra sociale e sanitario, né su risorse certe e dedicate.

Emerge quindi il tema della “mancata integrazione” quando l'anziano presenta un bisogno presumibilmente riconducibile ad aspetti socio assistenziali: in questi casi anche se la condizione di fragilità sociale si accompagna a quella sanitaria, per la presenza di patologie legate all'età avanzata, diventa veramente difficile per l'Assistente sociale avere la necessaria collaborazione delle figure sanitarie (medico di medicina generale o altre figure specialistiche) e, in assenza di percorsi strutturati formalmente, la collaborazione ed integrazione dipendono unicamente dalla disponibilità personale degli operatori sanitari. In particolare gli operatori evidenziano la non sempre agevole collaborazione con i medici di medicina generale, ritenuta invece fondamentale in chiave preventiva per una presa in carico tempestiva da parte dello stesso Servizio Sociale⁶.

La presa in carico, la valutazione della condizione di bisogno dell'anziano autosufficiente e la definizione del progetto di intervento sono quindi di esclusivo appannaggio del Servizio Sociale

⁶ Soltanto l'Assistente Sociale che ha la propria sede operativa nell'edificio in cui si sta sperimentando la Casa della Salute, dove i medici di medicina generale fanno il loro ambulatorio, registra una maggiore facilità di relazione e integrazione con la dimensione sanitaria, proprio in ragione di questa compresenza.

e non seguono criteri predefiniti ma sono piuttosto caratterizzate da un elevato livello di discrezionalità, dell'operatore sociale in prima battuta e della Sessione Tecnica di valutazione e autorizzazione degli interventi in un secondo momento.

La ridotta disponibilità di risorse del servizio pubblico, rispetto a quella che si registrava alcuni anni fa, incide in modo importante non solo sulla definizione del piano assistenziale individuale ma anche sui criteri utilizzati per la valutazione della condizione di bisogno: perciò la condizione economica del singolo anziano, del suo nucleo familiare convivente ma anche quella dei figli non conviventi hanno un peso particolare nella valutazione della condizione di bisogno. L'ISEE anagrafico del beneficiario dell'intervento viene sempre acquisito nella istruttoria della pratica, non solo per determinare l'eventuale compartecipazione al costo del servizio erogato secondo le modalità definite dal regolamento, ma anche per valutare in alternativa la capacità dell'anziano e dei suoi familiari di sostenere il costo di un eventuale intervento privato. Inoltre la presenza di familiari, anche non conviventi, spinge in genere gli operatori ad abbassare il livello di attenzione, perché si presuppone che i familiari siano comunque una risorsa per l'anziano. Quindi l'eventuale disponibilità di risorse economiche interne al nucleo e la presenza di familiari "risorsa", anche se non conviventi, sono elementi che pesano in modo significativo nella discrezionalità della valutazione della condizione di bisogno e ai fini della autorizzazione all'erogazione di prestazioni e servizi.

Nell'ambito dei percorsi rivolti all'autosufficienza quindi gli unici elementi certi e predefiniti, in termini di chiarezza e trasparenza, sono quelli riferiti alla misura della compartecipazione al costo dei servizi eventualmente attivati e definita in specifico regolamento.

Nel lavoro condotto con entrambe le categorie di utenza emerge uno scarso livello di conoscenza reciproca degli interventi messi in atto dai diversi attori, sociali e sanitari, che intervengono sul nucleo familiare. Infatti il processo di presa in carico, nella dimensione valutativa e in quella progettuale, non prevede relazioni strutturate, non solo tra i percorsi sociali e quelli eventuali di carattere sanitario, ma neanche tra quelli sociali rivolti agli anziani e ad altre tipologie di utenza, quali adulti, disabili, minori e famiglie, confermando la presenza di un modello di servizi strutturato per categorie di utenza e di bisogni, non solo dal punto di vista organizzativo ma anche operativo.

Nelle situazioni di "multi problematicità" del nucleo familiare infatti la prassi operativa non è tanto quella di una presa in carico integrata, secondo quanto descritto dagli operatori, ma piuttosto quella della segnalazione o dell'invio agli altri servizi titolari della presa in carico, in base alla categoria/tipologia di bisogno rilevata.

Il focus evidenzia la prevalenza, da parte del sistema, di un approccio di tipo "riparatorio", orientato prevalentemente alla cura e al sostegno della condizione di disabilità conclamata e alle

situazioni di acuzie sociale, piuttosto che un approccio orientato alla prevenzione dell'insorgenza dei fattori che possono determinare condizioni di disabilità e di criticità sociale, relazionale e familiare.

Il “bisogno complesso” a cui si fa riferimento per la presa in carico nel percorso dedicato alla non autosufficienza è tale solo se riferito alla compresenza di una dimensione sanitaria e assistenziale del bisogno del singolo anziano, a prescindere dal suo contesto familiare e sociale. Nel percorso strutturato di valutazione del bisogno dell'anziano da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale infatti l'eventuale presenza di problematiche sanitarie o sociali degli altri componenti della famiglia non ha rilevanza; questi elementi potranno essere evidenziati nella scheda di valutazione sociale che però, come già abbiamo detto, non incide ai fini della assegnazione di risorse per il progetto stesso ma solo nella scelta del tipo di prestazioni o servizi da erogare⁷.

Sul livello di attenzione che gli operatori attribuiscono ai casi incidono in modo inversamente proporzionale la presenza di familiari di riferimento e la disponibilità di risorse economiche da parte dell'anziano e dei suoi familiari, anche nel caso della non autosufficienza: entrambi questi elementi sono definiti dagli operatori come determinanti ai fini della *«fattibilità del progetto assistenziale»*. La rete familiare ha infatti un peso importante, sia per la funzione di cura che può materialmente svolgere, sia per l'apporto economico potenziale che può dare all'attivazione dello stesso⁸. Il familiare è considerato il principale referente per la cura dell'anziano e nei progetti orientati al mantenimento al domicilio è elemento indispensabile per l'attuazione del progetto stesso⁹, e gli si attribuisce il compito e la responsabilità di supportare il Servizio pubblico quando questo attiva prestazioni, sia sanitarie che sociali.

L'attenzione che gli operatori dichiarano di avere nei confronti delle famiglie si colloca proprio nella prospettiva di attribuzione ad esse di un ruolo di primo piano nella definizione dei progetti assistenziali. Nella maggioranza dei casi l'attenzione agli altri componenti della famiglia è infatti *“funzionale alla gestione del processo assistenziale a favore dell'anziano in base ai percorsi previsti e alle risposte attivabili”* e il livello di attenzione che gli operatori attribuiscono alle tre situazioni presentate dalle vignette, ad una prima valutazione, è di carattere

⁷ In casi del tutto eccezionali e di particolare gravità (acuzie sociale) la UVM ha la possibilità, attribuita dal Progetto per la persona non autosufficiente, di modificare in deroga il punteggio della isogravità al fine di aumentare le isorisorse attribuite al piano assistenziale. E' quanto accade in alcuni progetti che prevedono l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare protetta (cfr. 4.1)

⁸ Il contributo economico previsto dalla L.R n 66/2008 nella sua misura massima, non arriva mai a coprire l'intero costo di una assistente familiare H 24 e in determinate condizioni di reddito dell'anziano il costo della spesa per l'attivazione di un assistente familiare deve essere integrato dai figli.

⁹ La realizzazione di un progetto di permanenza a domicilio di una persona in condizioni di non autosufficienza, tramite la prestazione di una assistenza domiciliare o di un inserimento semiresidenziale, può essere effettuata solo a condizione che vi sia la presenza attiva di un care giver familiare di riferimento .

medio basso, fatti salvi i ripensamenti conseguenti alla discussione di volta in volta sviluppatasi nel gruppo.

In generale, e in misura maggiore quando si lavora con l'autosufficienza, la presenza di figli sembra diminuire la responsabilità del servizio pubblico.

Gli operatori esprimono la convinzione che i bisogni emersi trovino solo parziale accoglienza nell'ambito dei percorsi assistenziali previsti e che la risposta messa in campo sia capace di rispondere al bisogno individuato solo in poche situazioni.

Ancora una volta il tema è quello della esiguità delle risorse attivate rispetto alle finalità del Progetto assistenziale elaborato: per esempio nel caso del progetto di mantenimento al domicilio di una persona gravemente non autosufficiente (vignetta C), sono erogabili, da regolamento, non più di 1 ora al giorno di assistenza domiciliare; e ancora il servizio semiresidenziale, che può essere previsto in alternativa, è condizionato all'effettiva disponibilità di posti liberi e a vincoli logistici di fattibilità (mobilitazione della persona, suo accompagnamento ecc...).

Tutto il gruppo degli operatori concorda conseguentemente nel ritenere che, in genere e non solo in questo caso, la maggior parte dell'onere della cura gravi sulla famiglia e che il servizio contribuisca solo in minima parte.

La storia di I (vignetta C), che gli operatori riconducono alla categoria "dimissioni protette", comporta per gli operatori una attivazione immediata/ urgente, perché l'anziana deve essere dimessa dall'ospedale ed è in condizioni di totale non autosufficienza; l'obiettivo prioritario del sistema integrato dei servizi sociosanitari è evidentemente la dimissione dall'ospedale, il ritorno e possibilmente la gestione della sig.ra I al domicilio. Ma se la risorsa fondamentale per l'attuazione di questo progetto, cioè la figlia convivente, presenta una condizione di fragilità sociale ed esistenziale ciò ha una rilevanza medio-bassa per il sistema. La sig.ra I avrà diritto ad una sola ora giornaliera di Assistenza Domiciliare e i percorsi a favore della popolazione anziana non prevedono prestazioni o servizi a favore degli altri componenti della famiglia, neppure nei confronti del caregiver principale.

Nella analisi delle storie proposte dalle vignette, alla domanda «*Gli altri componenti della famiglia possono avere diritto a prestazioni o erogazioni?*» la risposta è unanime: «*gli altri familiari non hanno diritto a prestazioni o servizi esigibili nell'ambito dei percorsi assistenziali rivolti alla popolazione anziana [...]*» e non sanno dire con certezza se i bisogni degli altri componenti della famiglia possano trovare risposta in altri percorsi assistenziali; gli operatori infatti fanno genericamente riferimento alla opportunità di invio ad altri servizi con cui però non sono previste forme di relazione strutturata.

L'atteggiamento delle famiglie è del resto speculare all'approccio del servizio: le famiglie si rivolgono infatti ai servizi quando viene meno, spesso per una causa improvvisa, l'equilibrio

che ha reso sino a quel momento la famiglia autonoma nella gestione della fragilità o non autosufficienza. Il gruppo raccoglie così la sollecitazione di una delle Assistenti Sociali che sottolinea come la tipologia di bisogno prevalente sia “quello della famiglia che apre la propria crisi all'esterno” e riflette su come in definitiva il progetto regionale sulla non autosufficienza, pur finalizzato a sostenere il lavoro di cura delle famiglie, non consideri sufficientemente gli equilibri familiari e le cause di “crisi” di questi equilibri.

Alla richiesta di aiuto il servizio potrà rispondere nel caso di anziani non autosufficienti con una risposta certa ma parziale, nel caso di anziani autosufficienti senza certezza di risposta né chiarezza per quanto riguarda i criteri di valutazione e di erogazione delle risorse e soprattutto in base alle risorse disponibili al momento della richiesta.

In una fase successiva a quella dell'analisi delle vignette lo stesso gruppo di operatori, procedendo in una analisi SWOT¹⁰ dei percorsi precedentemente analizzati, ha individuato due criticità fondamentali nel processo di valutazione: innanzitutto la scarsa rilevanza della dimensione sociale dei bisogni dell'anziano nella fase della valutazione ed in secondo luogo una attenzione solo strumentale alla famiglia, vista esclusivamente in chiave funzionale alla gestione del progetto assistenziale a favore del congiunto.

Per quanto riguarda l'approccio ed i bisogni le principale criticità sono state ricondotte alla scarsa attenzione alla prevenzione, ritenuta invece determinante soprattutto per la popolazione in condizione di fragilità, proprio per evitare o ritardare l'insorgenza delle disabilità. Questa scarsa attenzione è confermata anche dalle minori risorse assegnate a questa tipologia di utenza rispetto a quella in condizioni di disabilità conclamata.

Un ulteriore elemento di debolezza è stato individuato nel poco spazio riservato a modalità di lavoro integrate e condivise con altri servizi. In particolare gli operatori ritengono che la struttura settoriale del Servizio sociale nell'ambito della Società della Salute, anche se funzionale all'organizzazione, condizioni però l'operatività nel suo complesso e la risposta che viene data agli anziani e alle loro famiglie rischia di essere frammentata e categoriale¹¹.

¹⁰ L'Analisi SWOT, conosciuta anche come Matrice SWOT, è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un progetto, di un'impresa o in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo deve prendere una decisione per raggiungere un determinato obiettivo. La tecnica nata come supporto alle strategie aziendali è stata successivamente applicata a molteplici ambiti di intervento.

¹¹ Il Servizio sociale nell'ambito della struttura organizzativa della Società della Salute è articolato in tre diverse Unità Operative Semplici: la UOS popolazione anziana autosufficiente e non autosufficiente, la UOS popolazione adulta e servizi per la disabilità, la UOS minori e famiglie.

Gli/le assistenti sociali assegnate alle diverse UOS svolgono la loro attività di servizio sociale professionale in una dimensione di lavoro territoriale consistente prevalentemente nella presa in carico delle problematiche individuali e familiari espresse dalla categoria di utenza a cui la UOS di appartenenza si rivolge. Gli operatori del Servizio sociale professionale sono poi coinvolti in 5 ulteriori ambiti di intervento che fanno capo a specifiche attività progettuali: “Lavoro e Immigrazione”, “Non autosufficienza”, “Protezione e tutela della infanzia”, “Responsabilità familiari e prevenzione”, “Violenza di genere”.

Gli aspetti positivi sono invece individuati dal gruppo innanzitutto nelle modalità di lavoro strutturato e multidisciplinare presenti nel percorso dedicato alla non autosufficienza, che consente appunto una valutazione integrata e complessa, ed inoltre nell'attenzione specifica che la normativa riserva a questa categoria di utenza, prefigurando un sistema di diritti e di percorsi chiari per i cittadini e per gli operatori.

Secondo gli operatori sarebbe quindi opportuno prevedere ed attivare nell'ambito della organizzazione della Società della Salute percorsi assistenziali che mettano formalmente in relazione i servizi impegnati nei diversi settori di attività: ciò faciliterebbe la presa in carico integrata, almeno nelle situazioni più problematiche, consentendo approcci e valutazioni condivise ed una progettualità comune, con l'individuazione di un referente unico del servizio nei confronti della famiglia, eliminando approcci frammentati proprio a partire dall'organizzazione dei servizi socio assistenziali.

Alcuni operatori sostengono la necessità di dare maggiore attenzione ai bisogni complessivi della famiglia, studiando modalità di integrazione delle risorse disponibili, che in questo momento sono invece divise per Unità operativa e ambito di intervento: *«Adesso noi abbiamo a disposizione risorse dedicate alla non autosufficienza ma pressoché il vuoto rispetto ad altri bisogni che pur sono fondamentali nella famiglia a cui l'anziano appartiene».*

3.2.2 Il secondo focus: il punto di vista degli operatori sulle logiche dei percorsi assistenziali

Il secondo focus è stato condotto con un gruppo di sette persone, costituito da tre degli operatori che fanno parte della Unità Operativa Anziani e che avevano partecipato al primo focus, dal Responsabile della Unità Operativa Minori e Famiglie, da una assistente sociale impegnata nel lavoro territoriale con questa tipologia di utenza e da due assistenti sociali che lavorano nella Unità Operativa Adulti e disabili.

L'obiettivo del lavoro di gruppo in questo caso è stato quello di sollecitare la riflessione sulle "logiche dei percorsi assistenziali e del sistema dei servizi", proprio a partire da quanto emerso nel primo focus group in riferimento ai servizi rivolti alla popolazione anziana, assumendo sullo

Ogni UOS ha poi una propria articolazione organizzativa e percorsi assistenziali specifici ma le tre strutture hanno ciascuna una Sessione tecnica di valutazione, costituita dal Responsabile della UOS e dagli operatori territoriali, con funzioni di autorizzazione degli interventi e delle prestazioni erogate ai cittadini, e momenti collegiali di confronto su temi di particolare rilevanza per la UOS stessa, sui percorsi assistenziali, e di supervisione relativamente alle modalità di gestione della presa in carico.

Non esistono livelli formalizzati di raccordo tra le diverse UOS ed i referenti ed operatori impegnati nei Progetti. Solo recentemente si è dato avvio in forma sperimentale ma informale ad incontri periodici tra i Responsabili di UOS su temi di rilevanza trasversale alle tre strutture. Mentre sin dall'avvio della sperimentazione della SDS si è consolidata la prassi degli incontri di staff tra Direttore Tecnico, Responsabili UOS, Responsabile Servizio amministrativo unitario, i responsabili dei progetti Lavoro e Immigrazione e Violenza di genere, e la responsabile dei debiti informativi.

sfondo come prospettiva quella del *Social Investment*.

A questo scopo, vista la difficoltà ad affrontare tutti i temi scaturiti dal lavoro del primo gruppo focus, si è ritenuto opportuno selezionarne alcuni, individuati come particolarmente rappresentativi dell'analisi complessivamente svolta e strategici ai fini della riflessione da condurre in questo secondo step della ricerca.

Per questa ragione il gruppo ha lavorato con il metodo del “problem setting” su 5 punti specifici, evidenziati nella Tab 1 che rappresenta lo schema seguito per la conduzione del focus group. La griglia (che funziona come un diagramma di flusso) ha avuto una funzione di stimolo alla riflessione del gruppo, sollecitandolo ad interrogarsi su quali possano essere i fattori che concorrono a determinare gli elementi evidenziati nella colonna centrale e sulle conseguenze che questi elementi, secondo una catena causale, possono produrre.

La tecnica del “problem setting”, essenzialmente finalizzata alla individuazione e definizione dei problemi, consente al tempo stesso di effettuare *problem analysis*, cioè di scomporre il problema principale in problemi secondari, e di introdurre percorsi di *problem solving*, cioè definire percorsi finalizzati ad eliminare le cause dei problemi.

All'apertura del focus, dopo aver brevemente ripercorso con il gruppo le storie descritte nelle vignette, la griglia descritta nella tabella 1 è stata trasferita su una lavagna mobile, invitando poi gli operatori alla riflessione, procedendo punto per punto e annotando conseguentemente sulla lavagna, nelle colonne corrispondenti ai fattori causali e agli effetti, le affermazioni dei singoli operatori e quanto emergeva come sintesi dalla discussione del gruppo.

Anche in questa occasione si è ottenuto il consenso ad utilizzare supporti di registrazione magnetica e la collega, che aveva già svolto funzione di osservazione e registrazione durante il primo focus, ha garantito la sua collaborazione anche in questo secondo caso.

Tab 1 Problem setting “Le logiche dei percorsi assistenziali”

<i>Fattori causali</i>	<i>Elemento evidenziato nel primo focus group</i>	<i>Possibili effetti</i>
→	<p>Non riconoscimento formale della valutazione sociale</p> <p>Assenza di relazioni strutturate tra i percorsi assistenziali rivolti agli anziani e quelli dedicati ad altre tipologie di utenza</p> <p>La rilevanza attribuita dagli operatori alle situazioni prospettate</p> <p>Il modo di osservare la famiglia è totalmente diverso se la si considera una risorsa oppure un problema</p> <p>Le famiglie si rivolgono ai Servizi solo quando il loro equilibrio si rompe .</p>	→

In particolare in riferimento agli elementi selezionati e sottoposti alla analisi del gruppo è

emerso quanto descritto di seguito.

Il *mancato riconoscimento formale della valutazione sociale* nella definizione del bisogno e nell'attribuzione di risorse al piano assistenziale (nei percorsi istituzionali di presa in carico della non autosufficienza) è secondo gli operatori il risultato di un approccio che vede la prevalenza, nell'ambito del sistema istituzionale, di una cultura medico/sanitaria, alimentata dal mancato riconoscimento del valore culturale e scientifico del Servizio Sociale che non ha ancora acquisito una adeguata esperienza di ricerca e di elaborazione teorica della propria azione¹². Tutto ciò ha prodotto e contribuisce ad alimentare una cultura che non riconosce la necessaria attenzione alla dimensione relazionale della cura, che non tiene conto di quanto la molteplicità delle circostanze esterne incidano sul corso di vita dei singoli e delle loro famiglie, che non riconosce ancora la necessaria importanza a servizi integrati che sostengano l'individuo e la famiglia in funzione delle tappe critiche della vita, per prevenire le future difficoltà.

La valutazione effettuata solo sulla base della dimensione clinico/sanitaria ha, secondo gli operatori, come effetto principale quello di una distribuzione iniqua delle risorse, riducendo i margini per una politica sociale complessiva che garantisca pari opportunità per tutti i cittadini.

L'assenza di relazioni strutturate tra i percorsi assistenziali rivolti agli anziani e quelli dedicati ad altre tipologie di utenza è determinata, secondo gli operatori, dal fatto che i servizi sono organizzati per settori, non solo in ambito sanitario ma anche in ambito sociale.

Ma questa specializzazione ed organizzazione per settori in realtà comporta una minore efficacia di intervento se manca una visione globale della persona nelle sue relazioni, se gli scambi tra gli operatori non avvengono in modo strutturato e sono invece condizionate dalla loro formazione e sensibilità, dalla loro disponibilità di tempo-lavoro e "spazio mentale".

La specializzazione e l'organizzazione per settori, in assenza di questi elementi, se consentono agli operatori di acquisire più sicurezza e competenze specifiche non facilitano però la circolarità delle informazioni e l'operatore spesso non ha conoscenza di quanto nasce e si sviluppa negli altri ambiti professionali e settori di intervento.

Questo tipo di organizzazione non facilita neppure le riflessioni ed i pensieri sulla pratica, sulla metodologia, sulla realtà su cui si lavora, «*non consente di fare connessioni tra temi e problemi, né di mettere in rete le risorse disponibili*».

La bassa rilevanza dei problemi, attribuita dagli operatori del primo focus alle situazioni prospettate dalle vignette, è il risultato di una prassi operativa basata sempre più sull'emergenza: «*Quando lavori sempre sull'emergenza ciò che non esplose sembra meno rilevante*» dicono gli operatori e ancora una volta a questa considerazione si aggiunge quella sulla scarsità delle

¹² Questo ritardo sembra riguardare in modo particolare l'Italia, mentre si deve dare conto della presenza di questa elaborazione, anche di un certo spessore, in altri Paesi europei come la Germania, la Francia, il Regno Unito

risorse professionali, economiche e di servizi, a fronte di un carico di lavoro e di una domanda elevati. Il risultato del lavorare in emergenza ed in assenza di risorse è inevitabilmente quello di affidarsi alle famiglie, a cui rimane, per opinione condivisa del gruppo, la parte principale dell'onere assistenziale. Inoltre, ancora una volta, l'effetto sembra consolidare la causa perché, come dicono gli operatori: «[] lavorando in emergenza ci si occupa prevalentemente di situazioni "disastrate", dove spesso si può solo effettuare un "intervento tampone", mentre si lasciano indietro criticità e fragilità che, non sostenute oggi, diverranno nuove emergenze domani».

Il modo di osservare la famiglia è totalmente diverso se la si considera una risorsa oppure un problema: il gruppo condivide la lettura, emersa nel primo focus, per cui si guarda alla famiglia come sistema quando si deve capire quanto può essere funzionale all'attuazione di un progetto assistenziale, nel quale assume l'onere della cura, ma la si guarda attraverso la lente della categorizzazione e della frammentazione quando essa evidenzia bisogni e criticità.

Sono più di una le ragioni di questo tipo di approccio individuate dal gruppo:

innanzitutto il mandato istituzionale (normativa nazionale e regionale) e l'organizzazione, basata su una articolazione del servizio sociale professionale in Unità operative distinte per settori di utenza, hanno come immediata conseguenza quella di orientare il Servizio per categorie di bisogni e diritti; in secondo luogo un peso particolare è dato dal tipo di orientamento metodologico del singolo operatore, condizionato dalla sua formazione culturale-professionale e da un apparato culturale sociale debole.

La conseguenza principale di questo tipo di approccio alla famiglia è che l'istituzione ed i servizi si appoggiano ad essa fintanto che il suo equilibrio funziona ma al tempo stesso non la sostengono nel suo ciclo di vita, non si mettono in campo risorse per il suo rafforzamento e la famiglia spesso "si sgretola", perde il suo equilibrio.

I servizi non fanno prevenzione né promozione ed è questa la principale ragione, secondo gli operatori, per cui *le famiglie si rivolgono ai Servizi solo quando il loro equilibrio si rompe*.

Gli operatori sottolineano infatti di non avere un mandato istituzionale a lavorare sulla prevenzione e sulla promozione: «*I termini più ricorrenti nella normativa di riferimento sono "bisogno", "disagio", "problema"...e, anche se la promozione fa parte dello specifico professionale, il mandato istituzionale ci spinge a lavorare sul singolo e sui suoi problemi*».

Per il gruppo la ragione di fondo di questa logica è da ricercare nelle scelte politiche adottate nell'organizzazione dei servizi e nell'attribuzione di risorse. La conseguenza è che si continua a lavorare in emergenza, tamponando le urgenze e alla fine spendendo di più.

L'analisi SWOT condotta successivamente con il gruppo ha individuato varie *debolezze/criticità* nel sistema dei servizi.

Innanzitutto lo scarso fondamento scientifico che connota la storia del Servizio Sociale in Italia continua ad essere alimentato da un modello organizzativo basato sulla specializzazione senza integrazione, che non consente: «[...] *la messa in circolo delle informazioni e una riflessione condivisa, impedisce la connessione tra le esperienze e le idee, la sinergia nell'operatività ed in definitiva la crescita culturale della professione ma piuttosto produce frammentazione e dispersione del sapere*».

In secondo luogo la mancanza di attenzione alla dimensione della prevenzione, alla dimensione relazionale della cura, ai cicli di vita delle persone e delle famiglie «[...] *costringe l'operatività dei Servizi Sociali in una logica di intervento in emergenza/urgenza, determinando una risposta solo parziale, una spesa maggiore e una distribuzione iniqua delle risorse*».

Ed infine un ulteriore elemento di criticità è stato individuato nella «[...] *relazione debole che intercorre tra il livello tecnico/organizzativo ed il livello politico-istituzionale che ha la titolarità della programmazione*».

Il *principale punto di forza* è dato dalla cultura professionale del Servizio Sociale che si basa sui principi dell'integrazione e della prevenzione, che ha un approccio metodologico orientato al lavoro di rete e alla visione globale dell'individuo inserito in un sistema di relazioni: «*Questi valori e principi se espressi in un adeguato percorso metodologico, all'interno di una organizzazione che favorisca l'integrazione fra competenze, possono effettivamente concorrere alla formazione di una nuova cultura politica e sociale*».

Il gruppo ha quindi individuato alcune *azioni di miglioramento futuro* da adottare sul piano organizzativo e sul piano della relazione con il livello politico istituzionale.

Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo è stata sollecitata quindi la necessità di dedicare *spazi strutturati alla relazione/comunicazione/integrazione tra le diverse Unità Operative*, attraverso forme di coordinamento tra i responsabili delle Unità Operative Semplici, momenti strutturati di confronto tra gli operatori che appartengono alle diverse U.O.S (formazione, supervisione ecc...), ed infine lo scambio di materiale di documentazione della esperienza di lavoro, dei servizi erogati, dei progetti attivati dai vari servizi ed U.O.S.

Per quanto riguarda la *relazione con il livello politico istituzionale* si ritiene necessario individuare spazi strutturati di relazione/comunicazione tramite: «*La produzione di documenti rappresentativi della realtà sociale con cui i servizi si interfacciano, delle storie personali e familiari, degli equilibri su cui il servizio interviene, degli interventi che vengono attivati, di cosa si riesce a modificare e cosa no*»; «*Sessioni strutturate di analisi e riflessione condivisa tra Dirigente Società della Salute e responsabili U.O.S./Staff e Amministratori, per giungere ad una lettura integrata della dimensione sociale del territorio e alla definizione di priorità di intervento*».

3.2.3 Conclusioni

Dalla ricerca emerge quindi che il modello di servizi per la popolazione anziana a cui fanno riferimento gli operatori è caratterizzato da una netta distinzione tra categorie di bisogni e relativi percorsi: il socio assistenziale ed il sociosanitario, con evidenti segni di maggiore attenzione nei confronti del secondo ambito. Questa maggiore attenzione è confermata dalla produzione normativa di settore negli ultimi anni (legge Regionale 66/2008, e successivi delibere e decreti dirigenziali di attuazione) e dall'attribuzione di risorse finalizzate ma anche da una progressiva ritrazione dei Comuni, titolari della funzione socio assistenziale, dall'investimento in questo ambito, sia in termini economici sia in termini di organizzazione¹³..

Il mandato istituzionale ed il modello di servizi orientano *la valutazione* e conseguentemente *la presa in carico* secondo una logica di intervento *prioritariamente clinico-sanitaria*, che fornisce una lettura statica del bisogno, lasciando sullo sfondo la dimensione sociale delle storie personali, il contesto di vita e familiare, che pure incidono molto sul benessere della persona.

La valutazione della condizione della persona anziana si concentra sulla misurazione delle *non autonomie* e delle conseguenti dipendenze ma non dedica sufficiente attenzione al riconoscimento dell'anziano come persona che, se sostenuto nel processo di invecchiamento, può continuare ad essere una risorsa per la sua famiglia e per l'intero sistema sociale, consolidando una immagine standardizzata, e se vogliamo anche stereotipata, dell'anzianità in termini prevalenti di declino, passività e dipendenza.

Anche l'approccio professionale sembra risentire di questa logica, che comprime l'autonomia metodologica degli operatori sociali nella fase di valutazione e di progettazione, operatori che sembrano "costretti" nella ripetizione quotidiana di un lavoro standardizzato, con una scarsa autonomia di progettualità ed in parte anche con un sovraccarico di aspetti amministrativi/formali.

Gli operatori, per aderire alle indicazioni del processo standardizzato, sembrano talvolta smarrire la *riflessività* propria dello specifico professionale del servizio sociale, che è invece maggiormente centrato sulla persona nella sua globalità e sulle sue relazioni, e perdono di vista la complessità delle storie personali e familiari che incontrano, spinti a leggere il bisogno unicamente attraverso la lente del "repertorio standardizzato" delle prestazioni che possono

¹³ Anche nell'ambito della SdS, che rappresenta per il territorio del Valdarno il luogo della gestione integrata tra Azienda Sanitaria e Comuni delle modalità organizzative e di governo dei servizi socio assistenziali e socio sanitari, questo secondo ambito ha assunto nel tempo una dimensione prevalente con attribuzione maggiore di risorse (in termini di figure professionali e di copertura del costo dei servizi)

essere erogate.

L'organizzazione dei servizi per settori, anche nello stesso ambito socio assistenziale, se non è accompagnata da momenti formali di relazione tra i vari attori, rischia di non consentire una risposta efficace ai bisogni delle famiglie, non facilita la lettura e l'approccio alle storie personali e familiari in chiave di configurazione intergenerazionale, ma crea risposte di tipo categoriale e frammentato.

La famiglia è osservata in modo sistemico solo quando la si guarda come risorsa ma si risponde ai bisogni che la stessa presenta nel suo naturale ciclo vitale attraverso una logica di categorizzazione dei bisogni e di frammentazione degli interventi.

Accade così che il sistema dei Servizi aderisca in modo "passivo" all'orientamento culturale prevalente che attribuisce alla famiglia la responsabilità della funzione di cura, non tenendo sufficientemente conto di eventuali bisogni ad essa correlati, dimenticando che ancora oggi questa funzione grava prevalentemente sul genere femminile o addirittura su persone esse stesse anziane.

I Servizi si appoggiano quindi alla famiglia, intervenendo peraltro in modo parziale sul bisogno assistenziale, non soffermandosi a riflettere sul tipo di equilibrio che le famiglie esprimono e su cui i progetti assistenziali pretendono in ogni caso di basarsi, lasciando sullo sfondo le gravi difficoltà, di ordine economico, relazionale e strutturale, con cui la famiglia deve fare i conti quotidianamente. .

Prevale, in linea con il quadro teorico e normativo nazionale, una logica di delega della funzione di cura alla famiglia rispetto ad una logica di investimento sociale che potrebbe invece accompagnare la naturale propensione della rete familiare e sociale alla cura. Se gli operatori fossero messi nella condizione di lavorare in una logica di questo tipo, a partire dalle storie familiari e intergenerazionali, potrebbero basarsi su percorsi di sostegno e valorizzazione delle potenzialità individuali e relazionali, creando connessioni tra i bisogni legati alle necessità e criticità tipiche dei cicli vitali e le opportunità espressa dalla rete dei servizi e dalla comunità.

Ma come abbiamo visto questa opportunità di connessione viene meno dal momento in cui gli stessi operatori, divisi per categorie e processi di intervento, non dialogano tra loro e non scambiano informazioni, conoscenze e competenze.

L'efficacia degli interventi attuati appare condizionata da due elementi fondamentali che sono l'esiguità delle risorse e la loro distribuzione.

Nei percorsi assistenziali a favore della non autosufficienza dove, come dicono gli operatori, quello dei servizi è «[...] *un piccolo contributo a fronte di un bisogno importante*», la prestazione pubblica, in un contesto familiare dove già è presente una certa autonomia economica e sociale, ha scarsa rilevanza, mentre è del tutto insufficiente laddove non ci sono

risorse alternative ed in questi casi *il piccolo contributo del servizio* non consente di attuare un efficace progetto assistenziale. E' in queste storie personali e familiari che la "criticità" non affrontata adeguatamente rischia di divenire a breve "emergenza".

Le risorse già esigue, concentrate peraltro, nei termini sopradetti, sulle situazioni più gravi e più urgenti, costringono i servizi a tralasciare il lavoro di tutela e vigilanza a favore delle situazioni che presentano una iniziale condizione di rischio e di fragilità: in particolar modo, in molte di queste situazioni, la mancanza di un servizio di assistenza domiciliare adeguato obbliga le famiglie a farsi carico di un lavoro di cura anche gravoso e per lunghi periodi, peggiorando la condizione di vita di coloro che se ne occupano.

Inoltre la riduzione di una risposta del servizio pubblico su queste situazioni alla fine determina, spesso all'interno di percorsi individuali e familiari di crisi anche emotiva, un aumento della richiesta di istituzionalizzazione.

Solo nell'ambito di uno spazio espressamente dedicato alla riflessione e valutazione delle dimensioni della propria operatività quotidiana, offerto dall'esperienza del *focus group*, gli operatori intuiscono quanto la ripetitività e la prevalenza dell'utilizzo di percorsi e procedure standardizzate, nell'ambito delle proprie modalità operative, condizionino nel lungo periodo la loro «forma mentis», la lente attraverso cui guardare e rappresentare la realtà (cfr. 3.3.1).

La sensazione è che l'incremento delle esigenze specifiche della non autosufficienza, registrato negli ultimi anni, in conseguenza del processo di invecchiamento della popolazione, abbia progressivamente spostato non solo le risorse e l'attenzione della Regione ma anche quella dei servizi territoriali sul bisogno di tipo socio sanitario, sottraendo progressivamente spazio ad un'ottica di prevenzione del disagio e di promozione del benessere complessivo della persona anziana ma anche dei suoi familiari.

Infatti nel percorso di riflessione avviato dagli operatori sono due i temi che prevalgono: "il modo in cui si guarda la realtà" e quello della "esiguità delle risorse". Quest'ultimo soprattutto è stato un tema ricorrente nel lavoro dei due focus, sentito in modo ancora più forte dagli operatori che lavorano con adulti, minori e famiglie, proprio perchè l'organizzazione investe minori risorse finanziarie su questa parte di popolazione.

I servizi sociali nel loro complesso devono quindi fare i conti, in modo non dissimile da quanto accade nel resto del Paese, con il tema delle riduzione delle risorse, che sono ormai insufficienti a rispondere non solo alle richieste determinate dall'invecchiamento della popolazione ma anche a quelle riconducibili all'aumento di famiglie in condizioni di disagio sociale ed economico.

Sul fronte dei servizi per la popolazione anziana, fortemente orientati alla non autosufficienza conclamata, si registra un arretramento della loro capacità di risposta soprattutto nei confronti

della popolazione fragile ma ancora autosufficiente., uno scarso investimento in progetti di carattere comunitario volti alla promozione della qualità della vita e della socializzazione, che invece aveva caratterizzato questo territorio nel decennio precedente. Ma in una situazione di maggiore difficoltà versano i servizi rivolti ai minori e alle famiglie e alla popolazione adulta che, come già detto, soffrono ancora di più la riduzione di investimento delle politiche sociali nazionali ma anche regionali.

Ma il gruppo degli operatori, mostra anche una notevole vitalità e capacità di autoriflessione, individuando strategie e percorsi per un miglioramento futuro.

Obiettivo cruciale è quello della valorizzazione del ruolo del Servizio Sociale come soggetto attivo di produzione di una nuova cultura del concetto di cura, basato su una dimensione relazionale e sociale, obiettivo questo strettamente legato ad un maggiore investimento del Servizio stesso nella sua capacità ed esperienza di ricerca e di elaborazione teorico-culturale. Altrettanto importante è ritenuta la previsione di momenti strutturali e formali di relazione e scambio tra i diversi servizi e tra gli operatori che ne fanno parte e la possibilità di contribuire essi stessi attivamente alla rappresentazione della realtà sociale che deve essere restituita al livello Politico Istituzionale affinché questo possa compiere le proprie scelte, prevedendo a tale scopo strumenti specifici e momenti strutturati di raccordo tra il livello tecnico professionale e quello politico programmatico.

Capitolo 4. Servizi per la popolazione anziana e modello di welfare nel Valdarno Inferiore nella prospettiva del Social Investment

4.1 I bisogni, la loro valutazione e le logiche di intervento

I risultati della ricerca ci dicono che le logiche principali che informano il modello dei servizi sono fondamentalmente le stesse, indipendentemente dalla diversità di prestazioni rese e dal tipo di utenza a cui sono rivolte, nonostante la diversa e particolare attenzione riservata negli ultimi anni dal sistema istituzionale, alla popolazione anziana, con specifico riferimento ai servizi di *long term care*

La riduzione di risorse al welfare sociale territoriale, paradossalmente, come già abbiamo detto nei capitoli precedenti, avviene infatti mentre la crisi economica e produttiva inizia a dispiegare i suoi pesanti effetti anche su questo territorio, incidendo profondamente sul suo sistema economico e produttivo e determinando l'estensione di disagio ad ulteriori fasce di popolazione.

Negli anni che vanno dal 2008 al 2012, infatti, mentre l'investimento regionale, che rinuncia ad assumere una funzione anticiclica, si concentra sulle politiche a favore della non autosufficienza¹, i servizi per minori e famiglie e quelli rivolti alla popolazione adulta, in una condizione di sottofinanziamento, riducono progressivamente la loro capacità di risposta, intervenendo prevalentemente sulle situazioni più drammatiche e accentuando il proprio carattere *residuale*. Mentre i bisogni a dimensione sociosanitaria, pur in una condizione di risposta parziale, sono espressamente riconosciuti da una normativa regionale che ne regola, opportunamente, anche il percorso e le modalità di presa in carico, i nuovi bisogni determinati dalle profonde trasformazioni economiche e sociali che investono le famiglie e ne mettono a rischio la stessa capacità di sostegno e solidarietà intergenerazionale, rimangono invece completamente slegati da qualsiasi logica di diritti e di tutele, da qualsiasi logica di prevenzione.

Gli operatori tutti testimoniano quanto la loro operatività quotidiana, in questo arco di anni, si sia assestata sulla gestione esclusiva del bisogno conclamato, delle situazioni caratterizzate da un elevato livello di compromissione: per quanto riguarda la popolazione anziana l'attenzione si concentra sulla non autosufficienza, per quanto riguarda gli adulti, i minori e le famiglie sulla povertà e sul disagio grave. Il tema dell'esiguità delle risorse è inoltre strettamente collegato

¹ Nel 2013 la Regione Toscana interviene con la leg.reg. n 45/2013 "Interventi di sostegno finanziario a favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale". La normativa prevede interventi di carattere monetario a favore dei nuovi nati a partire dal 01/01/2014 un contributo annuale per le famiglie numerose (con 4 o più figli), un contributo alle famiglie con figlio disabile. Nei tre casi le famiglie per beneficiare dell'intervento devono avere un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore ad 24.000,00 euro. E' da sottolineare il carattere monetario e burocratico amministrativo degli interventi che rimangono slegati da qualsiasi progetto e valutazione sociale.

anche a quello dell'*efficacia* degli interventi, e, se ragioniamo in una logica di investimento sociale, anche a quello della loro *equità sociale, intergenerazionale e di genere*.

Le diverse prospettive di intervento improntate al paradigma del Social Investment, a cui si si fa riferimento nel capitolo 3, evidenziano la relazione tra politiche sociali pubbliche a sostegno della famiglia e la loro ricaduta in termini di lotta alla recessione e alla crisi demografica. Buona parte della letteratura sottolinea la capacità delle politiche pubbliche di agire sugli obiettivi di equità di genere e di equità sociale, agendo diversamente sulle dimensioni di *dipendenza/indipendenza dal mercato e dipendenza/indipendenza dalla famiglia* ma come sostiene Maino (2013) il sistema di welfare italiano non è riuscito a correggere i propri squilibri

[...] mentre alcuni paesi come quelli scandinavi, sono riusciti a combinare politiche rigorose con il mantenimento di un welfare adeguato e di stampo universalistico, altri, come l'Italia, non sono riusciti a correggere gli squilibri di un sistema di protezione sociale disfunzionale in termini di copertura dei rischi, selezione dei beneficiari e ripartizione della spesa per settori. La conseguenza è stata che le risposte ai nuovi rischi ed il sostegno ai bisogni di donne, bambini, anziani fragili, non sembrano poter contare su risorse adeguate [...] (Maino, 2013, p. 7)

Il modello dei servizi territoriali non riesce evidentemente a svincolarsi dai limiti di un sistema di welfare nazionale che, condizionato da un corporativismo fermo nella difesa di interessi di particolari categorie, come evidenziato da parte della letteratura, finisce per creare un divario di prestazioni tra gruppi sociali molto garantiti, altri poco garantiti, altri assolutamente non garantiti. E così il sistema di regole dei servizi per la non autosufficienza rischia di fornire prestazioni e servizi che risulteranno utili prevalentemente per quelle famiglie che appartengono a determinate classi sociali, la cui situazione reddituale consentirà di sostenere il costo di un servizio privato di Assistenza domiciliare integrativo di quello pubblico o di sostenere il costo di un inserimento residenziale. Non consente invece di rispondere in modo appropriato al bisogno assistenziale di quell'anziano che, pur percependo l'indennità di accompagnamento, ha un reddito da pensione basso e deve anche sostenere l'onere di un canone di locazione. Neppure lo stesso figlio dell'anziano, con un nucleo familiare monoreddito, potrà avvalersi utilmente di queste prestazioni né usufruire di risposte alternative a sostegno del suo ruolo di care giver principale. Il costo dei servizi privati infatti esclude l'accesso delle fasce sociali più deboli e come sappiamo c'è una relazione significativa tra il reddito dell'anziano e dei suoi figli e la possibilità di ricorrere alla assistenza privata.

A maggior ragione nel caso di anziani autosufficienti, dove si interviene prevalentemente per differenza, cioè solo dopo aver verificato l'impossibilità della famiglia a farlo, si registra un mandato implicito ad intervenire solo in caso di bisogno conclamato o acuzie sociale. Accade

cioè che, in assenza di regole precise in ordine ai criteri di presa in carico e di accesso ai servizi, le prestazioni a favore dell'anziano fragile siano il risultato di una decisione assolutamente discrezionale del servizio, essenzialmente condizionata dalla disponibilità di risorse al momento della valutazione.

Questo è probabilmente l'esito dell'azione combinata di più fattori, tra i quali giocano un ruolo di primo piano la mancanza di una cultura che riconosca dignità al welfare sociale e l'assenza di un disegno normativo-istituzionale volto finalmente al riconoscimento dei diritti di cittadinanza sociale che può derivare solo dal superamento dei limiti categoriali e corporativi a cui si faceva cenno prima.

Se guardiamo ai servizi rivolti agli adulti, ai minori e alle famiglie, la cui cornice di riferimento non gode delle tutele riservate ai bisogni a rilevanza socio sanitaria, gli operatori ci dicono che la logica di intervento è quella di "tamponamento" delle situazioni di maggiori gravità e che da tempo essi hanno rinunciato ad agire un ruolo di sostegno, proprio nelle situazioni, nelle storie personali e familiari, in cui l'intervento a supporto degli individui e delle loro relazioni, in presenza di difficoltà temporanee o di fragilità minori, consentirebbe veramente al sistema di realizzare l'obiettivo primario della prevenzione, non solo delle cause di non autosufficienza e disabilità ma anche di disagio economico, familiare e relazionale.

4.2 La presa in carico: l'integrazione, gli approcci alla famiglia.

Anche il tema della categorizzazione e frammentazione che è uno degli aspetti che maggiormente condiziona la storia del welfare italiano, riaffiora ripetutamente nella ricerca, durante l'analisi dei percorsi e delle modalità di presa in carico, mostrando la sua stretta relazione con il tema dell'integrazione.

La stessa normativa regionale toscana, n 41/2005, "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", al titolo V , introduce un sistema di organizzazione delle politiche sociali basato su categorie di popolazione, di bisogni e di interventi, distinguendo tra politiche per gli anziani, per i minori, per i disabili, per gli immigrati; i servizi sociali territoriali si sono quindi strutturati sulla base di tali indirizzi e l'organizzazione nel territorio del Valdarno si è articolata in settori corrispondenti a queste diverse categorie di popolazione. L'erogazione dei servizi e delle prestazioni stesse è organizzata per categorie e produce progetti di intervento sulle situazioni individuali e familiari che faticano a tenere insieme una visione orientata ai principi del Social Investment, realmente capace di intercettare e quindi agire sui rischi del ciclo di vita e sui rischi intergenerazionali.

Nello svolgimento della ricerca la riflessione degli operatori si è soffermata a lungo sul tema

della categorizzazione dei bisogni e degli interventi con la convinzione che essa esprima la prevalenza di una cultura specialistica che pervade, evidentemente, non solo i servizi sanitari ma anche quelli sociali.

L'assenza di una modalità di relazione strutturata tra i percorsi assistenziali che fanno capo alle tre Unità Operative Semplici, la mancata previsione di spazi strutturati di comunicazione tra i diversi operatori e di riflessività condivisa tra le tre strutture organizzative, sembra quindi condizionare in modo importante l'aspetto cruciale dell'integrazione all'interno dello stesso servizio sociale professionale. Le relazioni tra gli operatori delle diverse Unità Operative sono tenute insieme dalla disponibilità dei singoli operatori e questo incide sulla capacità del servizio nella sua complesso di mettere in circolo le informazioni, le riflessioni sulla pratica e sulla metodologia, di creare connessioni e contribuire alla formazione di una nuova dimensione culturale del modello di servizi.

La complessità dei nuovi rischi sociali, in un sistema di welfare nazionale e territoriale che si basa sulla "delega alla famiglia", la contrazione stessa delle risorse disponibili, richiamano invece la necessità di un rafforzamento della dimensione dell'*integrazione* sia nella struttura organizzativa sia nella operatività; di questo gli operatori appaiono consapevoli e ne sottolineano la necessità con la prospettiva di introdurre, proprio attraverso l'integrazione, elementi di cambiamento.

L'estensione del disagio sociale ed economico, determinato dalla crisi, aumenta il numero di richieste nei confronti dei servizi ed il carico di lavoro degli assistenti sociali, al tempo stesso la complessità dei bisogni richiede un maggiore investimento di tempo nella *relazione operatore-persona*. Nel lavoro degli Assistenti Sociali lo spazio dedicato alla *relazione* con il cittadino, con gli altri operatori, ha un rilievo cruciale sia nella fase della valutazione e definizione progettuale sia nella fase di attuazione degli interventi. La valutazione della condizione di "fragilità sociale" potrà infatti essere letta in modo efficace solo se l'operatore avrà il tempo e lo spazio mentale per il necessario "ascolto", se avrà il tempo per leggere questa fragilità nel contesto di vita individuale e familiare, cercando di capire come e quali eventi hanno inciso o potrebbero incidere sull'equilibrio individuale, familiare, sul sistema di relazioni. La definizione e attuazione di un progetto di intervento, che non si esaurisca in una semplice erogazione di prestazioni, ma si muova in una prospettiva di promozione del cambiamento ed in una logica di rafforzamento delle capacità dell'individuo/della famiglia e di autodeterminazione, e quindi anche di prevenzione, avrà bisogno anch'essa di tempo. Tempo da dedicare, nell'ambito della relazione, alla costruzione di un percorso di fiducia nel quale promuovere e sostenere la motivazione individuale e/o familiare alla assunzione di un ruolo attivo nel progetto stesso; tempo per creare le necessarie connessioni con gli altri servizi, con le risorse attivabili e presenti nel sistema dei servizi, nel territorio.

Ma gli operatori testimoniano quanto un maggiore investimento di tempo nei percorsi assistenziali sia difficilmente conciliabile con un sistema orientato al risparmio, alla standardizzazione; il registro culturale burocratico e amministrativo che informa il sistema dei servizi, gli aspetti strutturali ed organizzativi, finiscono per condizionare e strutturare il punto di vista degli operatori, incidendo in modo importante sul loro approccio alle storie di vita personali, e non favoriscono un approccio orientato al social investment. Infatti la standardizzazione del lavoro (prevalente nei servizi rivolti alla non autosufficienza), l'esiguità delle risorse, anche quelle professionali da dedicare alla relazione operatore-persona, che caratterizza tutti i servizi, «influenzano il nostro modo di guardare le storie personali», dicono gli operatori quando devono spiegare perché, nell'ambito del primo focus, abbiano, inizialmente, sottovalutato i rischi sociali di una certa importanza presentati dalle vignette utilizzate nella ricerca.

L'utilizzo ripetuto delle procedure standardizzate, l'attenzione eccessiva ai tempi di risposta, sacrificano la dimensione relazionale della presa in carico e spingono l'operatore ad un approccio che sembra penalizzare la dignità e la peculiarità del lavoro sociale. Le risorse di "tempo lavoro", già esigue, sono ulteriormente depauperate dall'incremento di compiti di tipo burocratico amministrativo, e diminuisce ulteriormente lo spazio da dedicare alla relazione, alla lettura e alla analisi e interpretazione del bisogno, che pure è fondamentale in una ottica di prevenzione e gestione efficace degli interventi.

Gli operatori, soprattutto quelli che lavorano con le situazioni di disagio sociale ed economico espresse dai singoli e dalle famiglie, dichiarano quindi di prendere prevalentemente in carico le situazioni più drammatiche, connotate dal carattere della emergenza e dalla urgenza, lasciando indietro «criticità e fragilità che, non sostenute oggi, diverranno nuove emergenze domani». Sembra profilarsi un ulteriore registro del modello culturale ed organizzativo del sistema, quello che Saruis (2008) definisce come il "paradigma dell'emergenza".

La cultura che informa il sistema dei servizi condiziona la loro operatività e l'approccio nei confronti degli individui e delle famiglie. Accade così che il modo di rapportarsi alla famiglia sia diametralmente opposto nel caso in cui l'istituzione guardi ad essa come un necessario "strumento" per l'adempimento da parte del servizio pubblico della sua funzione di supporto (come nel caso degli interventi previsti a favore della non autosufficienza) oppure nel caso in cui la si guardi come un problema, quando la famiglia si rivolge all'istituzione per chiedere aiuto nei momenti di difficoltà che incontra nel percorso di vita.

Il modello culturale che informa il sistema di welfare non condiziona soltanto l'operatività dei servizi ma, in un percorso circolare, contribuisce anche ad informare il modello culturale del sistema sociale a cui si rivolge. Le famiglie infatti, complice anche la crisi economica, a fronte di un servizio pubblico che ritrae progressivamente il proprio investimento da una azione di

supporto, a fronte di servizi privati di cura sempre più costosi, rinunciano ad avanzare la richiesta di un riconoscimento del proprio diritto a servizi di supporto. In un percorso circolare di rinforzo del carattere familistico del nostro modello istituzionale e culturale le famiglie gestiscono in autonomia i loro problemi, finché questi non assumono un carattere emergenziale che le obbliga, a quel punto, ad avanzare richieste a cui i servizi, a loro volta, sempre più rispondono con un approccio emergenziale.

4.3 Conclusioni: una nuova prospettiva di intervento.

La difficoltà di leggere l'evoluzione della società italiana, l'assenza di una visione di welfare sociale basato sul riconoscimento di diritti fondati semplicemente sulla cittadinanza, slegato da visioni ideologiche e da interessi corporativi, l'assenza di politiche sociali e di interventi in grado di incidere sulla arretratezza strutturale del nostro Paese perpetuano la conformazione dei servizi sociali secondo una logica assistenzialistica/riparativa, passiva e marginale, orientata alla emergenza piuttosto che al recupero e all'integrazione reale delle aree di popolazione che esprimono maggiori difficoltà (Gori, 2014).

Ma in questo scenario il paradigma del *Social Investment* offre agli operatori e agli stessi servizi la possibilità di mettere in discussione i principi epistemologici del modello culturale che informa il sistema dei servizi sociali in Italia, rompendo il condizionamento che esso esercita anche sulla stessa operatività professionale. Ragionare in termini di *Social Investment* ed impostare il lavoro di ricerca, tenendo questa prospettiva sullo sfondo, ha spinto gli operatori che vi hanno partecipato, ragionando per differenza, a focalizzare l'attenzione sulla dimensione culturale che attualmente condiziona e vincola l'operatività attuale dei servizi, a sfidare il contesto e a metterne in discussione i presupposti. Ragionare in termini di *Social Investment* significa rafforzare la capacità del sistema sociale di agire e di reagire alle sfide proposte dalle trasformazioni demografiche ed economiche; per questo è necessario modificare l'ottica attraverso cui guardiamo alle persone e vederle come depositarie di risorse e non necessariamente solo portatrici di problemi; per questo è necessario investire sulle persone, rafforzando complessivamente le misure di attivazione, anche attraverso la realizzazione di percorsi integrati effettivi tra servizi sociali ed i servizi formativi, del lavoro, della scuola.

L'attenzione si sposta dalle "categorie di utenza" ai "diritti di cittadinanza", dal repertorio delle prestazioni preordinate ai "rischi", alle condizioni di vulnerabilità, con la consapevolezza dell'importanza di agire prioritariamente su queste in chiave preventiva. Intercettare i rischi nelle storie di vita delle persone e agire a sostegno degli individui e delle famiglie, nelle fasi di maggiore criticità che possono incontrare nel corso della vita, significa non solo realizzare

interventi efficaci, ma anche operare in termini di efficienza, riducendo i costi maggiori che gli interventi riparativi e di emergenza comportano. Guardare alle famiglie in un'ottica di configurazione intergenerazionale, alle vicende individuali e familiari come a un processo che si costruisce nel tempo, ci permette di intercettare oggi i rischi sociali che in quella situazione, in quella storia familiare sono in azione, bloccandone la trasmissione intergenerazionale. Significa quindi prendere nella necessaria considerazione, al momento della presa in carico, elementi della storia di vita delle persone che potrebbero incidere nella loro storia futura domani.

Occuparsi del corso di vita delle persone significa infatti domandarsi se ci sono legami tra le diverse fasi e se può essere utile guardare a questi legami, a queste connessioni, interrogandosi sulle ricadute che il lavoro fatto sul "minore di oggi" avranno sull'"adulto di domani"; domandoci se il lavoro di oggi sull'anziano avrà ricadute, e quali, sui componenti della sua famiglia domani. La grave non autosufficienza di un anziano o di un adulto come si incrocia con le traiettorie di vita degli altri componenti della famiglia?

Nella prospettiva longitudinale di intervento, oltre ad intervenire per garantire il benessere della persona non autosufficiente, dobbiamo anche capire con quali strumenti e percorsi possiamo sostenere il care giver e la famiglia nel suo ruolo di cura; dobbiamo agire, in chiave preventiva sui rischi derivanti dall'assunzione di un onere di cura eccessivamente gravoso. In una prospettiva di *Social investment*, oltre ad intervenire sulla attuale condizione dell'anziano è necessario anche chiederci come evitare che, per esempio, un eventuale indebitamento per le spese necessarie a garantire la funzione di cura, oppure che le tensioni ed i conflitti derivanti da una condizione di stress del care giver, siano origine di ulteriori problemi della famiglia in futuro.

Più in generale, da un punto di vista programmatico, è necessario chiederci quale relazione abbia la strategia di intervento sulla popolazione anziana con la strategia complessiva di intervento sul resto della popolazione. Cioè a quali rischi andiamo incontro domani se non interveniamo sui rischi e sulle fragilità di oggi?

Il paradigma del *Social Investment* può infine offrire al sistema dei servizi e al sistema istituzionale, in una prospettiva di "innovazione", nuovi strumenti di riflessività e valutazione. Può infatti attivare nell'ambito dei servizi e nel gruppo degli operatori *prassi di valutazione collaborativa e partecipata*, modelli di lavoro e strumenti che consentano di integrare e mettere in sinergia i diversi punti di vista su azioni e su risultati ma anche facilitare il rapporto tra i percorsi di valutazione degli operatori e le decisioni del livello politico istituzionale, fornendo a quest'ultimo informazioni utili alla assunzione di scelte e alla adozione di programmi e politiche di intervento in grado di rispondere alle nuove sfide.

Riferimenti Bibliografici

Arlotti, M. (2009), “Il sistema di spesa e finanziamento delle politiche sociali: assetti territoriali e mutamento”, in Kazepov Y.,(a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma

Ascoli, U. (1999), “Le caratteristiche fondamentali del Welfare State italiano”, in Sorba C., (a cura di), *Cittadinanza, Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea*. Atti del Convegno annuale SISSCO- Padova, 2-3 dicembre 1999, La Collana degli archivi di Stato, consultabile in www.sissco.it/pubblicazioni/bollettini/cittadinanza.htm, consultato il 24/08/2014

Ascoli, U. (2011), “Conclusioni”, in Id. (a cura di), *Il welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna

Bertin, G. (2009), “Processi di invecchiamento, trasformazioni sociali e impatto nel sistema di welfare”, in Bertini G. (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Erickson, Gardolo, (TN)

Bertin, G. e Fazzi, L. (2010), *La governance delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma,

Bontout O. e Lokajickova T., *Social protection budgets in crisis in the EU*, consultabile su: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10224&langId=en>, consultato il 15/02/2014

Bosi, P.(2005), *Società sostenibili. Paradigmi economici e riforma del welfare nelle politiche europee*, C.P.E. Modena, disponibile on line su: http://www.capp.unimore.it/pubbl/cappapers/Capp_p01.pdf, consultato il 24/08/2014

Bosi P , Ranci Ortigosa E.,(2013), “Nella crisi, oltre la crisi. Costruiamo il welfare di domani”, *Prospettive sociali e sanitarie*, 8-10, agosto-ottobre 2013, pp.4-28

Carbone, D. e Kazepov, Y. (2007), *Che cos'è il welfare state*, Carocci, Roma

Buti M., Franco D., Pench L.R.(1999, a cura di), “Il welfare State in Europa: la sfida della riforma”, in (Buti et Al. A cura di), *Il welfare State in Europa: la sfida della riforma*, Il Mulino, Bologna

Cerniglia F., (2012), “LIVEAS e federalismo fiscale: le risorse”, in Costa G., (a cura di), *Diritti in costruzione. Presupposti per una definizione efficace dei livelli essenziali di assistenza sociale*, Mondadori, Milano

Canale L, (2013), *Unione Europea, innovazione sociale e secondo welfare*, consultabile su : <http://adapt.it/adapt-indice-a-z/l-canale-unione-europea-innovazione-sociale-e-secondo-welfare-percorsi-di-secondo-welfare-working-paper-2013-n-1/>, consultato il 24/08/2014

Commissione Europea, “Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the committee of the region: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020”, Bruxelles, 20.2.2013, consultabile su <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1044&newsId=1807&furtherNews=yes>, consultato il 24/08/2014

Commissione Europea, 3 marzo 2010, “Europa 2020: Una strategia per una crescita intelligente,

sostenibile e inclusiva” [COM(2010) 2020, consultabile su http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/eu2020/em0028_it.htm, consultato il 24/08/2014

Corte dei Conti (2012) – Sezione delle autonomie - Deliberazione n 14/2012 – “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni negli esercizi 2010-2011”, consultabile on line su <http://www.regioni.it/download.php?id=264941&field=allegato&module=news> consultato il 25/08/2014

Esping-Andersen, G (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, New York ;Trad. it: *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna, 2000

Esping-Andersen, G (2009), *The Incomplet Revolution: Adapting to Women's New Roles*, Cambridge-Malden, Mass., Polity Press (trad. It: *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglie, welfare*, Il Mulino, Bologna, 2011)

European Commission (2012), *The 2012 Ageing Report*, Brussels, consultabile su http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf consultato il 25/05/2013

Eurostat (2012), *Statistics explained* http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Change_in_the_percentage_of_population_aged_65_years_and_over_by_decade.PNG&filetimestamp=20110609134824 consultato il 25/05/2013

Eurostat,(2012), *Statistics explained* (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/it) consultato il 25/05/2013,

Eurostat (2013), *Statistics explained* http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/it#Diminuzione_del_tasso_di_fecondit.C3.A0 consultato il 29/09/2014

Bontout O e Lokajickova T, (2013), *Social protection budgets in the crisis in the EU*, working paper 1/2013, European Commission, consultabile su <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10224&langId=en>, consultato il 24/08/2014

Ferrera, M. (2006), *Le Politiche Sociali*, Il Mulino, Bologna

Fantozzi, P.(2011),” Il welfare nel Mezzogiorno”, in Ascoli U. (a cura di), *Il welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna

Gori C. et. al. (2014), *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Carocci, Roma,.

Guerra, M. (2011), “Fisco e welfare per le famiglie”, in Ascoli U. (a cura di), *Il welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna,

Gualdani, A (2009), “I livelli essenziali: una introduzione giuridica”, in Costa G. (a cura di), *Diritti in costruzione.Presupposti per una definizione efficace dei livelli essenziali di assistenza sociale*, Mondadori, Milano

Innocenti, E., *Fragilità sociale ed economica, accesso al lavoro, ipotesi di welfare generativo: dalla conoscenza del problema alla ricerca di soluzioni praticabili*, Fondazione “E.Zancan” Onlus, Atti Convegno Povertà e svantaggio sociale nel Valdarno Inferiore, San Miniato, 4 giugno 2013

Istat, *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati, Report-statistiche anno 2010*, Consultabile su <http://www.istat.it/it/archivio/91610>, ultima consultazione 13/09/2013

Istat, 2012, *Statistiche demografiche*, consultabile su: demo.istat.it/pop2012/index.html consultato in data 28/12/2013

Istat, *Rapporto annuale 2012*, testo disponibile all'Url: <http://www.istat.it/it/files/2012/05/Rapporto-annuale-2012.pdf> consultato il 28/12/2013

Istat 2012, Censimento popolazione, Consultabile su: <http://www.istat.it/demo.istat.it/pop2012/index.html>. Consultato il 28/12/2013

Istat 2013, Noi-Italia-Popolazione. Consultabile all'Url [http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1\[uid_categoria\]=03&L=0&cHash=a887dc686d](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1[uid_categoria]=03&L=0&cHash=a887dc686d), (ultima consultazione 13/09/2013)

Istat, *Rapporto annuale 2013*, testo disponibile all'Url: <http://www.istat.it/it/files/2013/05/Rapporto-annuale-2013.pdf> (ultima consultazione 13/09/2013)

Istat, *Statistiche-Report 2013 “Gli Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati-anno 2010”*, 31 maggio 2013, testo disponibile all'Url: <http://www.istat.it/it/archivio/91610> (consultato il 23/08/2014)

http://noi-italia2013.istat.it/index.php?id=7&no_cache=1&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=413&cHash=6c1d17dec85320e3778e7da9e470752a

Kazepov, Y.(2009), “La sussidiarizzazione delle Politiche sociali in Italia”, in Id (a cura di), *Op. Cit.*

Kazepov, Y.(2011), “Le politiche socio assistenziali”, in Ascoli U.(a cura di), *Op. Cit.*

Kazepov, Y e Barberis, E (2013), *Il welfare frammentato*, Carocci, Roma,

Guastella B. e Moretti E., (2012), *Il calo della natalità in Italia: falsi miti, difficoltà reali e soluzioni possibili*. Intervista a Massimo Livi Bacci, «Cittadini in crescita», 1/2012, pp 44-49

Luppi, M. (2014), “La relazione che c'è tra non autosufficienza e povertà”, In *Genere*, 07/07/2014, disponibile all'Url: <http://www.ingenere.it>, (consultato il 21/09/2014)

Maino, F. (2013), “Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale”, in Maino F, Ferrera M (a cura di), *Primo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Einaudi, Torino, Disponibile all'Url: http://www.secondowelfare.it/edt/file/PRIMO_RAPPORTO_SUL_SECONDO_WELFARE_IN_ITALIA.pdf, consultato il 25/01/2014

Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento Ragioneria dello Stato (2013), *La spesa pubblica in Europa: anni 2000-2011*, testo disponibile all'Url:

http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Pubblicazioni/Analisi_e_valutazione_della_Spesa/La-spesa-pubblica-in-Europa/La_spesa_pubblica_in_Europa2000-2011.pdf, (ultima consultazione 24/08/2014)

Ministero del lavoro e delle Politiche sociali, (2011), *Secondo Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*, testo disponibile all'Url:

http://www.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/SecondoRapporto_11_11_2011.pdf, (ultima consultazione 24/08/2014)

Ministero del lavoro e delle Politiche sociali. (2013), *Rapporto di coesione sociale 2013*, testo disponibile all'Url:

[http://www.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/Rapporto%20Coesione%202013%20%20Volume%20I_30dicembre%20ore%2013%20\(2\).pdf](http://www.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/Rapporto%20Coesione%202013%20%20Volume%20I_30dicembre%20ore%2013%20(2).pdf), (ultima consultazione 24/08/2014)

Monsurrò, Pietro “La spesa pubblica in Italia e in Europa”, rapporto per il XIII Forum della Piccola Industria, Prato, 12-13 ottobre 2012, testo disponibile all'Url:

<http://www.brunoleonimedia.it/public/papers/IBL->, (consultato il 24/08/2014)

Morel, N; Palier, B; Palme, J (2012), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*, Bristol, Policy Press, 2012

Natali, D.(2011), *Le politiche pensionistiche*, in Ascoli U. (a cura di), *Op. Cit*

Ongaro, F (2009), “Risorse familiari degli anziani in un contest demografico e sociale in trasformazione “, in Bertini G. (a cura di), *Op.Cit.*

Pavolini, E. (2011), “Welfare e dualizzazione dei diritti sociali”, in Ascoli U. (a cura di), *op. Cit.*

Prandini R. (2009), “Il ruolo della famiglia nelle politiche d’assistenza agli anziani non autosufficienti”, in Bertin G. (a cura di), *op. Cit.*

Ranci, C e Migliavacca, M (2011), “Trasformazione dei rischi sociali e persistenza del welfare”, in Ascoli U. (a cura di), *Il Welfare in Italia*, Il Mulino, Bologna,

Regione Toscana (2013), *Osservatorio sociale regionale-Set minimi di indicatori per la costruzione del profilo di salute*, disponibile all'Url:

<http://servizi2.regione.toscana.it/osservatoriosociale/?idDocumento=19157> (consultato il 24/08/2014)

Richelle, K (2013) “Turning challenge into opportunities”, in *Social Agenda* , n 5/2013, p. 2, testo disponibile all'Url:<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=737&langId=it&pubId=7511>

Risi, Elisabetta L’apprendimento contro l’invecchiamento. Le opportunità di formazione per gli anziani all’uso delle nuove tecnologie. In Quaderni Europei sul nuovo Welfare, n 12, settembre 2009, pp 53-71 consultabile su:

<http://www.newwelfare.org/2009/09/29/1%e2%80%99apprendimento-contro-1%e2%80%99invecchiamento-le-opportunita-di-formazione-per-gli-anziani-all%e2%80%99uso-delle-nuove-tecnologie/>

Consultato il 25/05/2014

Sabatinelli S., (2009) “Trasformazioni socio-demografiche ed evoluzione dei bisogni sociali”, in Kazepov, Y. (a cura di), *op. Cit.*

Saraceno, C. e Keck, W. e. (2011), *Towards an integrated approach for the analysis of gender equità in polizie supporting paid work and care responsibilities*, in Demographic research, volume 25, 5 august 2011, article 11, p. 371-406, consultabile su <http://www.demographic-research.org/volume/vol25/11> - consultato il 20/07/2014

Saruis, T., (2008), *Il ruolo degli operatori sociali nell'implementazione delle politiche sociali a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale: tra normative, discrezionalità e nuovi bisogni*, paper ESPAnet Italia 2008 disponibile on line su: http://www.espanet-italia.net/conferenza2008/paper_edocs/B/10b%20-%20Tatiana%20Saruis.pdf, consultato il 20/07/2014

Villa, M., (2009) “Logiche d'intervento e valore della cura: fra cittadini e istituzioni”, in Costa G., (a cura di) *op.Cit.*

Villa, M., (2010), *Tra istituzioni e territorio. Il volontariato nelle Case di Riposo in Provincia di Brescia*, GAM Edizioni, Brescia