



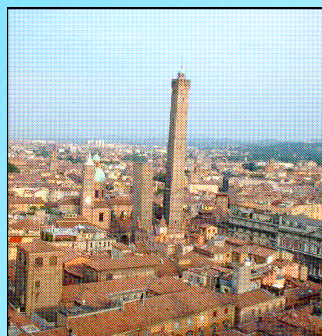
**Iniziativa Comunitaria Equal II Fase
"Includendo-Acreditar"**
Rif.Min.le IT G2 EMI 028 Rif.PA 345/Rer-04
approvato con D.G. n°1672 del 30/07/2004
Attività transnazionale



**Il servizio sociale di comunità
Ricerca per la comparazione dei servizi per
anziani all'interno del sistema di welfare nelle
città di Bologna, Islington, Stavroupoli**



Fondo Sociale Europeo



La presente pubblicazione raccoglie lo studio *"Il servizio sociale di comunità Ricerca per la comparazione dei servizi per anziani all'interno del sistema di welfare nelle città di Bologna, Islington, Stavroupoli"* realizzato nell'ambito dell'attività transnazionale del progetto **"Includendo-Acreditar"** (Iniziativa Comunitaria Equal – II Fase – Rif.Min.le IT G2 EMI 028 Rif.PA 345/RER-04 approvato dalla Regione Emilia-Romagna con D.G. n.1672 del 30/07/2004).

La ricerca è stata realizzata da
CIDES-CENTRO INTERNAZIONALE PER L'ECONOMIA SOCIALE
Via Cervellati, 1 – 40122 Bologna
Tel. +39-051-55.28.76
Fax +39-051-55.54.21
e.mail: info@cidesbo.it

**AGEFORM Agenzia Formazione Lavoro
di Bologna**

Via Bigari, 3
40128 Bologna
Tel.: +39-051-631.42.11
Fax: +39-051-631.42.42

**REAPN Rede Europeia Anti-Pobreza /
Portugal**

Rua de Costa de Cabral, 2368
4200 – 218 Oporto
Tel.: +351-225-420.800
Fax: +351-225-403.250

Il contenuto della presente pubblicazione è da attribuirsi ai suoi autori ed autrici e non riflette perciò in alcun modo le opinioni della Commissione Europea

INDICE

Capitolo 1	PREMESSA	pag. 4
	1.1 Il contesto di riferimento	pag. 4
	1.2 L'agire di Comunità	pag. 9
	1.3 Gli indicatori e gli strumenti della ricerca	pag. 18
Capitolo 2	LA LEGISLAZIONE SOCIALE NEI TRE PAESI	pag. 20
	2.1 Normativa comunitaria	pag. 28
	2.2 Italia	pag. 30
	2.3 Inghilterra	pag. 31
	2.4 Grecia	pag. 32
Capitolo 3	I QUESTIONARI	pag. 34
	3.1 Le domande proposte	pag. 34
	3.2 Sintesi delle risposte	pag. 37
	3.3 L'Analisi in dettaglio	pag. 44
	3.4 La Rete di protezione dell'anziano	pag. 46
Capitolo 4	CONCLUSIONI	pag. 55
	4.1 Ipotesi di sviluppo dei servizi rivolti alla persona anziana nelle tre città	pag. 55
	4.2 Una nuova dimensione relazionale contestualizzata nel territorio	pag. 57
	4.3 Per una nuova cultura della relazionalità nei servizi per anziani	pag. 59
	4.4 La rete	pag. 62
Bibliografia		pag. 65
Appendice		pag. 66

Capitolo 1

PREMESSA

La rilevazione ha per oggetto di analisi il servizio di assistenza agli anziani in 3 diversi contesti di welfare: Italia, Grecia, Inghilterra.

Si vuole cioè capire il fenomeno "servizi" come si muove in ordine:

- all'accesso (accoglienza, figure professionali deputate alla valutazione, quali procedure standardizzate);
- alla formulazione del programma di aiuto alla persona;
- all'erogazione della prestazione;
- ai costi sostenuti dal cittadino e dall'amministrazione;

1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Possiamo, generalizzando, affermare che alla base del welfare state vi sia la volontà dello Stato, attraverso la creazione e l'attivazione di strutture e strumenti di supporto sociale, di dare soluzione ai problemi collettivi: è il tentativo di creare, attraverso formazione o trasformazione, nuovi servizi che rispondano ai bisogni e alle domande sociali espresse dai cittadini.

Infatti il diritto di cittadinanza diventa l'elemento attivo per la popolazione, che determinerà, in quanto esso stesso strumento giuridico, l'obbligo per lo Stato di far fronte a quelle situazioni di disagio sia sociale che fisico in relazione ai territori di appartenenza.

E' indubbio, comunque, che tutti gli Stati che prenderemo in esame oggi hanno una sfida davanti, ovvero quella di creare una rete di protezione sociale e di garanzia di diritti come cardine di un moderno stato sociale; che vuol dire affrontare con coraggio e decisione il tema dei livelli minimi di servizio garantiti, il tema dei "profili di qualità" che i cittadini possono pretendere ovunque, e il tema dell'equità.

E allora andrebbero formulate nuove politiche per la famiglia, per l'infanzia, per gli anziani, per l'inclusione delle fasce più deboli, per la sicurezza dei cittadini, per il contenimento del caro-vita.

Ma nessuna pubblica amministrazione può muoversi da sola: occorre una alleanza forte tra livelli di governo e società civile, volontariato, no profit, per una strategia comune che porti a completare e potenziare dovunque la rete dei servizi.

Sulla base di tali considerazioni, nelle pagine finali di questo lavoro presenteremo una proposta di welfare di comunità pensato per la popolazione anziana; ma potenzialmente applicabile anche alle altre tipologie di utenza, proprio perché pensato sui disagi che la comunità stessa esprime.

Prima di fare ciò, però, analizzeremo brevemente i momenti storico – politici più significativi di ciascuna delle tre nazioni.

Specialmente nel corso del secolo passato l'Italia, come le altre nazioni occidentali, ha sentito l'esigenza di creare una struttura che garantisca stabilità e benessere alla popolazione. Il passaggio da un'economia sostanzialmente agricola a una industriale è avvenuto, come noto, in tutti i paesi europei nel corso dell'Ottocento e, soprattutto, del Novecento. In particolare nel nostro paese un tale cambiamento si è concentrato in pochi anni, quelli del boom economico.

E' stato in quel periodo che l'intero territorio nazionale, e non solo i poli industriali concentrati nel triangolo Torino-Genova-Milano, ha assistito al tramonto della millenaria civiltà contadina – fino ad allora perno anche delle strutture sociali del paese – per fare posto a un modello sociale ed economico di carattere industriale.

Una tale rapidità fu causa di squilibri che tuttora perdurano, tra cui quelli di carattere sociale: la famiglia, intesa in senso allargato, su cui si basava gran parte della struttura sociale, venne rapidamente meno. Una massa imponente di famiglie si frammentò a causa degli ingenti fenomeni migratori nazionali e internazionali; inoltre le zone rurali persero buona parte della popolazione, che nel giro di pochi anni si era trasferita nei centri industriali del nord o attorno alle grandi e medie città italiane. L'insieme di questi fattori portò al rafforzarsi del modello familiare a "nucleo ristretto", con conseguenze deteriori rispetto alla rete di protezione derivata da forme di socialità diffuse.

Altro elemento che ci servirà alla definizione di questo scenario è il conseguente accentramento, da parte dello Stato, delle attività di assistenza e beneficenza: l'interventismo - e il centralismo - statale, è sempre stata una caratteristica del nostro paese fin dal suo sorgere.

Una tale connotazione si è tradotta nell'ambito della società civile in un controllo sempre più rigido delle istituzioni private di beneficenza nei primi decenni postunitari, fino alla massiccia opera di "nazionalizzazione delle masse" attuata dal regime fascista attraverso la creazione dei grandi enti di assistenza sociale. Quest'ultime sono state le strutture portanti dell'intervento pubblico assistenziale fino alle grandi riforme del welfare state negli anni Settanta che hanno portato alla territorializzazione dei servizi, anche in seguito alla tardiva attuazione del dettato costituzionale in materia di decentramento regionale.

Se quanto sopra esposto è vero per l'Italia, radicalmente diversa è la storia anglosassone. In questo paese i cambiamenti indotti dalla modernizzazione economica in senso capitalistico hanno avuto uno sviluppo molto più lento e, anche per questo, meno traumatico.

In tale contesto i cambiamenti sociali hanno avuto un impatto meno improvviso e sono stati accompagnati da politiche più accorte, prima nei confronti dei lavoratori e dei loro diritti, poi, negli anni dell'immediato dopoguerra, nei confronti dell'intero corpo sociale. E' infatti in quel periodo che l'Inghilterra si poneva all'avanguardia nel sistema del welfare state grazie al Piano Beveridge che prevedeva un massiccio intervento pubblico teso a sanare le storture del sistema economico - particolarmente intensa era la lotta alla disoccupazione-, a garantire alla popolazione dignitosi livelli di vita e, infine, a favorire - tramite interventi pubblici non mirati esclusivamente ai singoli bisognosi ma alla comunità in cui questi vivevano - il crescere di un tessuto sociale e di una diffusa coscienza civile, premesse indispensabili per l'attuazione di un vero sistema di sicurezza sociale.

Non a caso l'Inghilterra, assieme a Stati Uniti e Francia, è stata una nazione all'avanguardia nell'attuazione e nella diffusione delle scienze sociali e delle moderne tecniche di servizio sociale, ponendosi così, con decenni di anticipo rispetto ad altre nazioni, tra cui Italia e Grecia, il problema di figure

professionalmente preparate per affrontare i disagi sociali delle persone in stato di indigenza. Ma proprio dall'Inghilterra, contemporaneamente agli Stati Uniti, si sono mosse le prime politiche neoliberiste, tese al progressivo ritiro dello Stato e del pubblico dalla sfera economica e sociale che, negli anni successivi, avrebbero interessato gran parte dei paesi europei e, più in generale, industrializzati.

La Grecia, infine, presenta una storia recente molto più travagliata, anche da un punto di vista politico: gli anni del secondo dopoguerra furono, infatti, segnati da una lunga e sanguinosa guerra civile e a distanza di meno di vent'anni, nel 1967, il paese vide l'instaurarsi di una dittatura militare che sarebbe sopravvissuta fino al 1974.

Tali vicende non hanno certo aiutato il paese a maturare lo sviluppo industriale e capitalistico che, invece, aveva interessato l'Inghilterra e, seppur nelle forme che abbiamo esaminato, l'Italia. Le conseguenze sulle strutture sociali sono quindi state evidenti: il modello familiare allargato è sopravvissuto a lungo, così come un basso tenore di vita e un'occupazione della popolazione di tipo prevalentemente agricolo. Inoltre non va dimenticato che la Grecia, prima dell'indipendenza del 1830, si trovava a far parte dell'impero bizantino, caratterizzato da un modello di cittadinanza strettamente correlato alle appartenenze etniche e familiari: una tale concezione di appartenenza ha avuto un peso influente nella successiva formazione di un moderno senso di cittadinanza e di identità nazionale nella Grecia indipendente, caratterizzando entrambi in senso fortemente familistico.

Inoltre, i regimi autoritari che si sono succeduti nella storia, anche recente, della Grecia hanno conferito alla struttura statale un'accentuata impronta di welfare centralistico che ha caratterizzato anche le modalità dell'intervento sociale pubblico, teso in sostanza a delegare la gestione dei servizi alle autorità locali sulla base di decisioni di politica sociale determinate dal governo centrale. In questo caso, possiamo notare la netta separazione fra "delega – controllo – gestione", dove le prime due fanno capo al governo, mentre l'attività di gestione (fondamentale per la qualità del servizio erogato) appare staccata poiché in capo ai settori periferici.

La breve illustrazione storica dei 3 modelli di welfare state pone in evidenza un elemento caratterizzante il nostro target di ricerca: il disagio, aspetto profondamente rappresentativa del tessuto sociale ed economico in cui si trova ad essere collocata.

Il disagio sociale, al pari di quello economico, rappresenta uno dei maggiori problemi per gli anziani: solitudine, difficoltà a muoversi sul territorio, necessità di cure mediche e di assistenza domiciliari, sono fenomeni che chiamano in causa l'intero contesto, non solo il singolo utente dei servizi.

Simili fenomeni affondano infatti le radici nella parcellizzazione del tessuto sociale preindustriale avvenuto nei decenni scorsi: il venir meno del modello familiare allargato, fortemente legato al territorio di residenza che, in genere, corrispondeva anche al contesto lavorativo di tutti i suoi membri hanno profondamente inciso sulle condizioni di vita della popolazione anziana. Questa si è trovata ad affrontare la vecchiaia in assenza di un forte tessuto sociale che prima garantiva un solido orizzonte.

Ma pensando al disagio sociale della terza età bisogna anche considerare l'aumento, sia in valori assoluti che in termini percentuali, del numero degli anziani. Il progressivo calo delle nascite è un fenomeno derivante, oltre che dall'aumento del tenore di vita della popolazione, dall'alto grado di insicurezza rispetto al futuro (ma spesso anche rispetto al presente) profondamente diffuso. Fenomeno comune alle più importanti delle società postfordiste che vedono un orizzonte lavorativo sempre più flessibile e deregolato, incapace di garantire quelle stabilità economiche e sociali che le generazioni precedenti (prima attraverso il sistema di protezione sociale derivato dal modello familiare allargato, poi grazie all'espansione dei moderni sistemi di sicurezza e di previdenza sociale) avevano conosciuto.

Appare quindi evidente come i problemi che la popolazione anziana si trova ad affrontare sono strettamente collegati con i più ampi fenomeni che caratterizzano la nostra epoca: la fine di un economia basata sulla produzione, su larga scala, di beni di consumo, la precarizzazione delle condizioni economiche e, in parte consequenzialmente, di quelle sociali della maggior parte della popolazione, la parcellizzazione del tessuto sociale, sempre più slegato ed avulso dal territorio di

residenza. A fronte di questi risultati la risposta dei servizi presenta inevitabili aspetti di debolezza: per quanto mirato, non standardizzato, vicino all'utente, l'intervento del servizio pubblico che tenga presente solo della singola problematica, svincolata dal contesto che la produce, sarà con ogni probabilità destinata a produrre risultati parziali e di breve durata.

Appare sempre più evidente che uno degli aspetti cruciali per agire politiche di sicurezza sociali all'altezza dei tempi debba sempre più rivolgersi ad ambiti sociali che vadano oltre il singolo caso e che coinvolga il territorio, le sue problematiche generatrici di disagio, ma anche le sue risorse, potenziali fonti di agio per chi lo vive e lo frequenta.

Non è quindi un caso se da qualche tempo a questa parte sia tornata a circolare una metodologia d'intervento per lungo tempo rimasta ai margini: il *Community Work*.

Nell'ampio dibattito che ha preceduto e seguito la nascita della legge italiana 328/2000, la riflessione sulla necessità di implementare il principio della sussidiarietà ha dato corpo a una vasta discussione sulle forme che il coinvolgimento delle risorse del privato sociale, del terzo settore, dovevano avere nella gestione dei servizi sociali e del sistema di welfare pubblico.

La prospettiva del lavoro di comunità ha così preso forza e generato consensi, trovando anche un parziale corrispettivo nella citata legge quadro, che pone la sussidiarietà tra le basi su cui riorganizzare le politiche sociali.

1.2 L'AGIRE DI COMUNITA'

Per meglio comprendere quanto l'operare a livello comunitario sia importante, quasi urgente, nelle nostre società occidentali coinvolte negli epocali cambiamenti che di solito vengono accomunati sotto la formula della "globalizzazione" ci viene in aiuto la lucida analisi di un eminente sociologo, Zygmunt Bauman:

"La comunità ci manca perchè ci manca la sicurezza, elemento fondamentale per una vita felice, ma che il mondo di oggi è sempre meno in grado di offrirci e sempre più riluttante a promettere. Ma la comunità resta pervicacemente

assente, ci sfugge costantemente di mano o continua a disintegrarsi, perchè la direzione in cui questo mondo ci sospinge nel tentativo di realizzare il nostro sogno di una vita sicura non ci avvicina affatto a tale meta; anziché mitigarsi, la nostra insicurezza aumenta di giorno in giorno, e così continuiamo a sognare, a tentare e a fallire.

L'insicurezza attanaglia tutti noi, immersi come siamo in un implacabile e imprevedibile mondo fatto di liberalizzazione, flessibilità, competitività ed endemica incertezza, ma ciascuno di noi consuma la propria ansia da solo, vivendola come un problema individuale, il risultato di fallimenti personali e una sfida alle doti e capacità individuali. Siamo indotti a cercare [...] soluzioni personali a contraddizioni sistemiche; cerchiamo la salvezza individuale da problemi comuni. Tale strategia ha ben poche speranze di sortire gli effetti desiderati, dal momento che non intacca le radici stesse dell'insicurezza; inoltre, è precisamente questo ripiegare sulle nostre risorse e capacità individuali che alimenta nel mondo quell'insicurezza che tentiamo di rifuggire¹”

Questa lunga citazione, che apre il volume dal significativo titolo “*Voglia di comunità*”, offre una efficace sintesi di quelle che sono le nuove sfide che i nostri tempi pongono, oltre che ai singoli individui, anche a chi, a vario livello, opera per garantire dignitosi livelli di sicurezza sociale a tutti i cittadini.

Il rilancio della formula *Welfare di Comunità* deve però, per essere credibile, essere dotato di una sua autonomia ed essere efficacemente applicabile, oltre ad affrontare una serie di questioni preliminari. Tra queste ci limiteremo ad indicare quelle che riteniamo più urgenti.

La prima e, forse, più macroscopica è l'assenza di memoria storica. A dispetto di storie nazionali particolarmente ricche di esperienze di intervento comunitario oggi la tendenza è quella di ripartire da zero, senza nemmeno sapere che in realtà la tradizione in questo ambito è molto ricca.

Nell'immediato dopoguerra, infatti, il nostro paese assisteva alla nascita di una fitta rete di piccoli gruppi, strutturati o meno, che erano pronti, una volta liberata l'Italia dal fascismo e dalla guerra civile, a reinterpretare un noto, e ancora incompiuto, detto risorgimentale: “ri-fatta” l'Italia, lacerata da anni di dittatura e da una feroce guerra civile, bisognava ora “fare gli italiani”, favorendo il sorgere di

¹ Z. Bauman, *Voglia di comunità*, Laterza, Bari, 2001, p.v. I corsivi sono presenti nell'originale.

un nuovo concetto di cittadinanza, un nuovo – e nel nostro paese inedito - senso civico, una nuova attitudine verso il bene pubblico, la sua tutela ed il suo utilizzo. Simili obiettivi sembravano allora, nel clima di ottimismo e di costruttivo entusiasmo di un paese appena uscito dagli anni del ventennio fascista, del conflitto mondiale e della guerra civile, più a portata di mano, meno “utopici” di quanto sarebbero apparsi agli osservatori successivi. La consapevolezza che cambiamenti radicali, nelle pratiche e nelle mentalità sia degli amministratori che dei cittadini, erano necessari per poter avviare una sostanziale democratizzazione dello Stato - nei suoi apparati amministrativi, nei suoi interventi assistenziali, nella sua gestione del territorio, nella sua opera di stimolo alla ricostruzione e alla ripresa economica - accomunava questi gruppi.

L'ambito in cui questi decisero di agire era quello *comunitario* - un distretto territoriale di ridotte dimensioni, un paese di campagna, o un quartiere urbano periferico - entro il quale operare con consapevolezza, cercando di capire quali fossero le esigenze avvertite come più urgenti dai suoi abitanti, cercando soluzioni condivise che facessero leva sulle inutilizzate risorse locali, sia umane che materiali, invece che attendere l'intervento pubblico che offriva prestazioni parziali, discriminanti e che, di solito, lasciava i problemi irrisolti, favorendone anzi una cronicità. La dimensione comunitaria permetteva infatti di conoscere a fondo la realtà nella quale si andava ad agire: questo favoriva una maggiore efficacia degli interventi, che potevano meglio individuare i problemi, ed un coinvolgimento responsabilizzante della popolazione locale nella loro soluzione.

L'approccio comunitario era una novità quasi rivoluzionaria nella tradizione amministrativa italiana, da sempre improntata ad una forte, e spesso miope, visione centralista, incapace di leggere e capire le numerose e diverse realtà locali presenti in Italia. Questa caratteristica restò immutata anche dopo il passaggio dall'Italia fascista a quella repubblicana, e perfino gli interventi pubblici più lungimiranti di quel periodo, quelli che avrebbero posto le basi per l'improvvisa crescita economica degli anni del *boom*, erano caratterizzati da una spiccata impostazione “tecnocratica”.

Le realtà che promuovevano questi interventi di *sviluppo comunitario* (una pratica di intervento sociale ed economico di origine anglosassone e diffuso anche dalle

Nazioni Unite, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, molti dei quali nascevano in quegli anni, con lo sfaldarsi degli imperi coloniali) formavano un variegato arcipelago. Troviamo alcuni settori del nascente servizio sociale, che aveva come obiettivo il superamento degli inefficaci interventi assistenziali pubblici e privati, caratterizzati da un approccio caritatevole, burocratico e settoriale alle esigenze degli strati più poveri della popolazione. Si occuparono di interventi a livello comunitario il Centro Educazione Professionale per Assistenti Sociali (Cepas), fondato nel 1947 dai coniugi Calogero, attivo in numerosi progetti di sviluppo di comunità nelle aree più depresse del mezzogiorno e le scuole dell'Ente Nazionale Scuole Italiane di Servizio Sociale (Ensiss), fondato da atipiche personalità del mondo cattolico, tra le quali Odile Vallin e Mons. De Menasce.

Figura importante fu anche Adriano Olivetti che, vista sfumare nell'immediato dopoguerra l'auspicata riforma radicalmente federalista dello stato, da lui delineata nell'opera *Ordine politico delle comunità*, promosse nel Canavese una vasta azione di sviluppo economico e, soprattutto, sociale e politico tramite la capillare azione dei centri comunitari che, grazie alla spinta del Movimento di Comunità, sorsero in numerosi centri abitati.

Troviamo poi Danilo Dolci che, scegliendo di trasferirsi a Partinico, in mezzo ai miseri contadini siciliani cercò insieme a loro le vie per uscire dallo stato di bisogno nel quale si trovavano, stimolando una crescita del senso civico tramite iniziative che vedevano i contadini stessi come protagonisti attivi. Iniziative analoghe sorsero a Roma dove nell'immediato dopoguerra venne fondato il Movimento di collaborazione civica che vedeva gruppi di volontari realizzare colonie estive e doposcuola nelle aree più disastrose della città. Anche in Umbria i Centri di Orientamento Sociale (Cos) promossi da Aldo Capitini cercavano di favorire forme di partecipazione diretta dei cittadini alla vita politica ed amministrativa dei loro comuni di residenza.

Ci furono anche i giovani che, fuoriusciti dal Pci nel 1951 assieme a Felice Balbo e ad altri cattolici comunisti, diedero vita, insieme a giovani del movimento cattolico, alla rivista «Terza Generazione», nel tentativo di trovare vie per un'autonoma iniziativa giovanile, consapevoli che la politica non poteva più essere l'unico orizzonte entro il quale muoversi per cambiare il paese. Da qui scaturirono

numerosi interventi di comunità nelle campagne trentine, nelle periferie romane e in altre "aree depresse" del Mezzogiorno.

Anche alcuni enti sorti dopo nell'immediato dopoguerra cercarono d'intraprendere strade simili: tra questi l'Unrra Casas, che organizzò una fitta rete di centri sociali nelle zone dove attuava la sua opera di ricostruzione, e l'Ina-Casa che realizzò una attività di servizio sociale di comunità nei nuovi complessi urbani che andava realizzando in tutta Italia.

Queste e tante altre "minoranze attive" svolsero la loro opera tra la fine della guerra (molti di essi si formarono durante la resistenza) e lungo tutti gli anni cinquanta, nel periodo più acuto della guerra fredda, quando lo scontro tra il Pci da un lato e la Dc e la Chiesa Cattolica dall'altro raggiungeva i punti culminanti, riducendo sempre più gli spazi di autonoma attività intellettuale e di feconda azione sociale e politica. In questo contesto chi lavorava per incidere profondamente sul sistema politico e amministrativo partendo "dal basso", dalla dimensione comunitaria, dovette scontrarsi con forti resistenze e scontare un pesante isolamento.

Ci ricorda Paul Ginsborg che ad un miglioramento della condizione economica non corrispose una crescita dei valori civili: "il modello di sviluppo italiano [...] era carente sul piano dei valori collettivi. Lo Stato aveva svolto un ruolo importante nello stimolare il rapido sviluppo economico, ma aveva poi fallito nel gestirne le conseguenze sociali. In assenza di pianificazione, di educazione al senso civico, di servizi pubblici essenziali, la singola famiglia cercò un'alternativa nella spesa e nei consumi privati [...] Il «miracolo» si rivelò così un fenomeno squisitamente privato, riaffermando la tendenza storica di ogni famiglia italiana a contare quasi esclusivamente su se stessa per il miglioramento delle proprie condizioni di vita"².

Questo fermento culturale e politico rappresenta un vero e proprio patrimonio di pensiero e azione riguardo l'intervento di comunità. Le ragioni del suo accantonamento sono da ricercare nella sostanziale alterità che, in tempo di violenta contrapposizione tra diverse ideologie, questo rappresentava: la

² Ginsborg P., *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica (1943-1988)*, Einaudi, Torino, 1989, pag. 326.

“sconfitta” che questa visione dell'intervento sociale, economico e politico ha subito ne ha cancellato quasi completamente le tracce.

In questi ultimi anni però la crisi delle ideologie, il venir meno di importanti identità politiche collettive ha spinto verso nuove forme di intervento sociale. La riscoperta delle buone pratiche di cittadinanza, dell'intervento sociale e politico costruito “dal basso” sono state alla base della ricca stagione del volontariato che negli anni Novanta ha rappresentato una delle novità più interessanti nel panorama politico nazionale.

La rinnovata necessità di simili pratiche è emersa, però, dimentica della ricca tradizione che aveva alle spalle, fatta di esperienze che proponevano allora nodi cruciali per il terzo settore e per gli apparati assistenziali dello Stato: il rapporto che le organizzazioni di privato sociale dovevano tenere con le istituzioni per evitarne la cooptazione (e spesso l'alto prezzo da queste pagato per non aver ceduto); le problematiche che questi gruppi avevano nel momento in cui le loro attività richiedevano una crescita ed una strutturazione organizzativa più articolata; le problematiche poste dalla difficile conciliazione di una forte carica motivazionale con una adeguata preparazione professionale; la difficoltà di operare radicali innovazioni nell'operato degli apparati assistenziali pubblici. Tutte questioni che, appare evidente, non hanno certo perso di attualità³.

Tornando all'oggi, c'è poi un equivoco dal quale bisogna guardarsi per evitare di elaborare strategie d'intervento vaghe, poco aderenti alla effettiva realtà sociale del territorio e, di conseguenza, poco efficaci.

Il termine *comunità* si presta infatti a molteplici interpretazioni e può comprendere tutta una serie di realtà che ben poco hanno a che fare con un miglioramento delle condizioni socio economiche di un distretto territoriale. Senza addentrarsi nella giungla delle definizioni con la quale sociologi, antropologi, e tanti studiosi delle scienze umane hanno cercato di fissare il concetto di comunità, sembrano necessari alcuni distinguo preliminari.

³ Per una esaustiva ricostruzione di queste vicende legata soprattutto ai nodi problematici riaffacciatisi oggi con urgenza si rimanda alla lettura di G.Marcon, *Le utopie del bene. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli, 2002.

Torniamo a ragionare, sulla scorta delle riflessioni di Bauman, sui possibili significati che, oggi, la comunità può assumere. Dopo aver descritto il "supplizio di Tantalò" cui sembriamo destinati quando ci mettiamo alla ricerca di una dimensione comunitaria entro la quale condurre la nostra esistenza, Bauman ci indica alcune pericolose fonti di comunitarismo dalle quali è bene guardarci perchè, anziché produrre le condizioni di quella felicità cui faceva riferimento nell'introduzione, andrebbero a creare ulteriori divisioni e parcellizzazioni del tessuto sociale, incrementando così quello stato di ansia e d'impotenza sopra descritto.

E' innanzitutto necessario guardarsi dall'idea di comunità come una mera risposta identitaria alle paure che il mondo contemporaneo ci porta a nutrire:

"Nella nostra epoca, susseguente al processo di svalutazione delle opinioni locali e di lento, ma inesorabile, declino degli «opinion leaders locali» [...] solo due tipi di autorità sono ancora in grado di permeare i propri giudizi di ammaliante potere di rassicurazione: l'autorità degli esperti e l'autorità dei numeri. [La natura dei secondi dà ai cittadini "sradicati"] la comunità dei loro sogni.

Questa identità dei sogni è un'estrapolazione delle battaglie d'identità che riempono le loro vite. E' una «comunità» di chi pensa e si comporta allo stesso modo; una comunità fatta di identità che [...] sembra fornire all'identità individuale prescelta quelle solide fondamenta di cui altrimenti non godrebbe credito.

[...] Le persone coinvolte nelle battaglie d'identità temono, tuttavia, la vittoria finale più di una lunga serie di sconfitte. La costruzione di un'identità è un processo infinito e perennemente incompleto e tale deve restare per assolvere il proprio compito (o, più precisamente, per mantenere credibile la promessa di un suo assolvimento). [...] La vittoria finale significherebbe in un sol colpo annullare la posta, deporre le armi e revocare il premio. Per evitare che ciò accada, l'identità deve restare flessibile e sempre suscettibile di ulteriori sperimentazioni e cambiamenti [...] La possibilità di disfarsi di un'identità nel momento in cui cessa di soddisfare o perdere attrattiva rispetto ad altre e più seducenti identità disponibili è di gran lunga più importante che non il «realismo» dell'identità attualmente ricercata o momentaneamente goduta.

La «comunità», la cui principale funzione consiste nel confermare attraverso l'impressionante potere dei numeri la validità della scelta attuale e conferire parte della propria solennità all'identità ch'essa contrassegna col marchio dell'«approvazione sociale», deve possedere le stesse caratteristiche. Deve essere altrettanto facile da smantellare di quanto sia stato facile costruirla⁴”

Una tale risposta alla “voglia di comunità” emersa nell'era della globalizzazione può portare a formulare ipotesi di comunità può portare ad una illusione di sicurezza nella contrapposizione con altre comunità, vere o presunte che siano.

Coloro che si affidano ad una simile visione:

“nulla possono fare per mitigare l'incertezza e l'insicurezza endemiche nel mondo in cui vivono, ma possono investire fino all'ultimo soldo nella sicurezza del loro corpo, delle loro proprietà, delle loro strade. Non molto tempo fa, quanti ritenevano che il confronto nucleare tra le superpotenze di allora sarebbe durato all'infinito cercarono rifugio facendosi costruire ripari antiatomici in formato familiare. Oggi, quanti ritengono che non si possa fare nulla per mitigare [...] lo spettro dell'insicurezza si affannano ad acquistare sofisticati sistemi d'allarme e chilometri di filo spinato. Ciò che cercano è l'equivalente di un rifugio antiatomico, un rifugio che chiamano «comunità». La «comunità» che cercano è sinonimo di «ambiente sicuro», libero da ladri e da estranei. «Comunità» è sinonimo di isolamento, separazione, muraglie protettive e cancelli monitorati⁵”

Gli scenari, drammaticamente attuali, prospettati, o, più precisamente, analizzati, da Bauman pongono dei passaggi critici dai quali non possiamo esimerci se, ritenendolo necessario, eleggiamo la comunità come nostro ambito d'azione.

Per individuare sentieri validi da seguire nell'opera di individuazione e valorizzazione della comunità dobbiamo, allora, fare un passo indietro, evitare di dare per esistente ed acquisito ciò che non lo è.

Vale la pena, quindi, seguire un altro sociologo nel suo lavoro di esplorazione dell'idea, e delle sue concrete determinazioni, di comunità. Arnaldo Bagnasco, analizzando l'importanza che il termine comunità ha avuto nella storia del pensiero sociologico, individua come questo sia sempre stato utilizzato in contrapposizione

⁴ Z. Bauman, *cit.*, pagg. 62-63

⁵ Z. Bauman, *cit.*, pagg.110-111

con il termine società. L'avvento della modernità e gli epocali mutamenti che questa ha portato alle strutture sociali ha indotto i sociologi (fin dalle origini della sociologia) ad utilizzare il termine *comunità* per descrivere le strutture sociali che si andavano perdendo con l'avvento delle economie industriali, dell'inurbamento massiccio delle popolazioni, con la nascita della *società*, concetto astratto e non più definito nelle sue coordinate spazio-temporali (come era invece per le comunità pre-industriali).

Una simile concezione del termine comunità può allora essere utile per meglio comprendere i mutamenti avvenuti nelle società dei paesi industrializzati, ma non può essere un valido strumento per chi, oggi, volesse elaborare strategie d'intervento in ambito comunitario, senza però elaborare visioni mitiche, utopiche o, semplicemente, nostalgiche (che, peraltro, comporterebbero l'inevitabile fallimento di qualsiasi lavoro di comunità).

Bagnasco ci invita allora ad abbandonare la coppia oppositiva comunità-società, utile per "introdurre una istanza critica [...], un bisogno critico, non ben chiarito, facile agli equivoci, ma reale", e a cercare riposte alla domanda "Qual'è il destino delle relazioni comunitarie all'interno della società?"⁶.

L'invito è allora quello di seguire le "tracce di comunità", spiegando che "per i fisici, il termine tracce (*tracks*) indica le traiettorie di particelle che un rivelatore registra dopo dopo la disintegrazione di un atomo."⁷.

Ed è proprio questo il compito preliminare di qualsiasi opera di analisi e di intervento comunitario: capire, innanzitutto, quali "tracce" sono rimaste in un territorio (si pensi all'economia informale, al capitale sociale e relazionale, ecc.) e individuare quelle latenti, attivabili.

Angela Zucconi, instancabile promotrice di progetti di *Community development* nell'Italia del dopoguerra e del boom economico si era già posta a suo tempo interrogativi simili se, nella relazione sull'attività del Progetto Abruzzo, affermava che "il termine «comunità» sta a denotare per noi un punto di arrivo e non un punto di partenza"⁸.

⁶ A. Bagnasco, *Tracce di comunità*, Il Mulino, Bologna, 1999, pag. 8

⁷ A. Bagnasco, *cit.*, pag. 9

⁸ A. Zucconi (a cura di), *Relazione sul lavoro svolto nel biennio 1958-60*, in «Centro Sociale», n. 34, 1960, pag.93

Ed è probabilmente da queste domande che anche chi, oggi, voglia impegnarsi in progetti di comunità dovrà ripartire.

1.3 GLI INDICATORI E GLI STRUMENTI DELLA RICERCA

Ciò detto, l'obiettivo della ricerca è quello di confrontare i sistemi di welfare nelle città di Bologna (Italia), Islington (Inghilterra) e Stavroupoli (Grecia).

La complessa stratificazione, cui si è accennato poco sopra, che ha portato agli attuali assetti di welfare state, offre numerose chiavi di lettura e diversi approcci di analisi.

Tra questi quello più indicato in questa sede è l'individuazione di alcuni "macroindicatori" che consentano una prima analisi comparativa relativa agli aspetti più rilevanti delle attuali politiche sociali indirizzate alla popolazione anziana.

Innanzitutto, il quadro normativo entro cui le amministrazioni locali si muovono e gli strumenti giuridici maggiormente utilizzati nella loro azione. Questi sono infatti la risultanza dei processi sopra indicati e, se correttamente analizzati, consentono di scorgerne i possibili sviluppi. Inoltre permettono di formulare alcune ipotesi circa la validità delle scelte agite dalle amministrazioni.

Quindi l'analisi del contesto in cui si colloca la loro azione rispetto alle caratteristiche dell'utenza e alla territorializzazione dei servizi.

Questi fattori sono infatti indispensabili per capire le problematiche affrontate dalle amministrazioni e l'idoneità della loro azione rispetto a queste.

Infine, le risorse umane utilizzate negli interventi posti in essere: le professionalità coinvolte consentono una ulteriore valutazione sulla realizzazione degli stessi, sulle loro modalità e, in ultima analisi, sulla loro validità rispetto alle problematiche riscontrate.

La corretta integrazione di questi elementi permette, quindi, seppur in modo ancora sommario, di scorgere le principali direzioni lungo le quali, nei servizi nei diversi paesi presi in oggetto, si è sviluppato l'intervento: sia rispetto alle problematiche emerse nella fascia anziana della popolazione che nel contesto (sociale e giuridico) nel quale queste sono maturate.

Di conseguenza, la ricerca è stata realizzata considerando i seguenti indicatori:

- tipo di legislazione (dal governo centrale a quello locale);
- localizzazione del servizio sociale professionale;
- classificazione dell'utenza;
- figure professionali coinvolte;
- titolarità degli interventi verso le persone in difficoltà;
- stakeholder presenti a supporto dell'azione preventiva o riparatrice del titolare degli interventi;
- strumenti utilizzati (convenzioni, contratti, schede personalizzate, cartelle ecc...);

utilizzando i seguenti strumenti:

- ❖ Analisi legislativa
- ❖ Questionari tramite intervista

Sono stati scelti ed individuati tali strumenti poiché la ricerca verrà condotta secondo una prospettiva descrittiva ed esplicativa, attraverso l'insieme comparato di dati che hanno come scopo l'analisi e la spiegazione di un fenomeno.

La nostra ricerca si muove in un rapporto tra il pragmatismo proprio delle Amministrazioni e dei suoi servizi, e le differenziazioni altrettanto proprie dovute al contesto territoriale.

Capitolo 2

LA LEGISLAZIONE SOCIALE NEI TRE PAESI

Prima di analizzare l'aspetto legislativo i 3 paesi di riferimento riteniamo importante compiere un breve excursus sulle tappe principali dello sviluppo delle politiche sociali europee con particolare attenzione agli anziani.

2.1 NORMATIVA COMUNITARIA

Un primo fondamentale riferimento normativo è la "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo", proclamata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 10 Dicembre 1948, dove al primo comma dell'Art. 25, si sostiene che:

"Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai Servizi Sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà".

La protezione dei diritti dell'uomo, a livello europeo, ha trovato espressione, oltre che nel testo della "Convenzione per la difesa dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali" del 4 Novembre 1950, anche nella "Carta Sociale Europea" firmata a Torino il 18 Ottobre 1961.

Di particolare rilievo sono l'Art.12, sul diritto alla Sicurezza Sociale, l'Art.13, sul diritto all'Assistenza Sociale e medica, e l'Art.14, sul diritto a beneficiare dei Servizi Sociali, di cui riportiamo qui di seguito il testo:

"Art.12- Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto alla Sicurezza Sociale, le parti contraenti si impegnano a:

- *stabilire o mantenere un regime di Sicurezza Sociale;*

- *mantenere il regime di Sicurezza Sociale ad un livello soddisfacente almeno uguale a quello necessario per la ratifica della Convenzione internazionale del lavoro (n°102), concernente le norme minime di Sicurezza Sociale;*
- *sforzarsi di portare progressivamente il regime di Sicurezza Sociale ad un livello più alto;*
- *prendere, mediante accordi bilaterali o multilaterali adeguati o con altri mezzi, e con la riserva delle condizioni stabilite in questi accordi, le misure necessarie per assicurare:*
- *l'uguaglianza di trattamento tra i cittadini di ciascuna delle Parti contraenti ed i cittadini delle altre parti per ciò che riguarda i diritti alla Sicurezza Sociale, ivi compresa la conservazione dei vantaggi accordati dalle legislazioni di Sicurezza Sociale, quali che possano essere gli spostamenti, che le persone protette potrebbero effettuare nell'ambito dei territori delle Parti contraenti*
- *la concessione, il mantenimento ed il ristabilimento dei diritti alla Sicurezza Sociale con dei mezzi quali la totalizzazione dei periodi di assicurazione o di impiego, compiuti conformemente alla legislazione di ciascuna delle Parti contraenti."*

"Art.13- Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto all'Assistenza Sociale e medica, le Parti contraenti si impegnano a:

- *sorvegliare che ogni persona, che non disponga di risorse sufficienti e che non sia in grado di procurarsele con i propri mezzi o di riceverle da un'altra fonte, soprattutto con prestazioni che risultano da un regime di Sicurezza Sociale, possa ottenere un'assistenza adeguata e, in caso di malattia, le cure rese necessarie dal suo stato;*
- *sorvegliare che le persone che beneficiano di una tale assistenza non abbiano per questa ragione a soffrire di una diminuzione dei loro diritti politici e sociali;*
- *prevedere che ciascuno possa ottenere, da parte dei servizi competenti di carattere pubblico o privato, tutti i consigli e tutto l'aiuto personale necessario per prevenire, per far cessare o per diminuire lo stato di bisogno personale e familiare;*
- *applicare, su un piede di parità con i nazionali le disposizioni contemplate ai paragrafi 1, 2 e 3 del presente articolo ai cittadini delle altre Parti contraenti che si trovino legalmente sul proprio territorio, in conformità degli obblighi che esse*

assumono in virtù della Convenzione Europea di Assistenza Sociale e Medica, firmata a Parigi l'11 Dicembre 1953."

"Art.14- Per assicurare l'esercizio effettivo del diritto a beneficiare dei Servizi Sociali, le Parti contraenti si impegnano a:

- incoraggiare od organizzare i servizi che utilizzano i metodi propri del Servizio Sociale e che contribuiscono al benessere ed allo sviluppo degli individui e dei gruppi della Comunità come pure al loro adattamento all'ambiente sociale;*
- incoraggiare la partecipazione delle persone e delle organizzazioni volontarie e di altre organizzazioni alla creazione o al mantenimento di questi servizi."*

Il trattato di Roma, ovvero il trattato istitutivo della Comunità Europea (1957) conteneva ben pochi articoli che riguardavano in modo specifico la politica sociale. Le disposizioni in questo campo si "limitavano" all'istituzione della libertà di circolazione per i lavoratori e la libertà di stabilimento all'estero: all'epoca, del resto, la prospettiva era molto concentrata sulla creazione di un mercato economico comune.

Il primo atto concreto di impegno della Comunità nel garantire una migliore protezione sociale ai lavoratori e ad aiutare i disoccupati a riqualificarsi è stata la creazione, nel 1960, del Fondo Sociale Europeo (FSE).

Tale Fondo fornisce, tuttora, il sostegno finanziario a misure volte a prevenire e a combattere la disoccupazione, a sviluppare le risorse umane e l'integrazione sociale nel mercato del lavoro. Obiettivi principali promuovere un livello elevato di occupazione, la parità tra uomini e donne, nonché la coesione economica e sociale.

I leader della Comunità europea avevano riconosciuto fin da allora l'importanza di un equilibrio tra gli aspetti economici e gli aspetti sociali nella realizzazione del mercato unico. Tuttavia è solo con il Trattato di Maastricht del 1992 che si riesce ad accelerare l'emanazione di nuove norme in campo sociale.

Attraverso l'adozione del protocollo sulla politica sociale, firmato dai dodici Stati membri dell'epoca e allegato al trattato sull'Unione europea, si dichiara così la

volontà di undici Stati membri (tutti tranne il Regno Unito) di compiere progressi significativi in questo campo.

Il trattato di Maastricht poggia sui due pilastri della politica sociale, il Fondo Sociale Europeo e la "Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori" (adottata a Strasburgo nel 1989).

Questo documento stabilisce una serie di principi fondamentali in materia di protezione dei lavoratori e al titolo terza età, in particolare, sancisce il diritto al mantenimento di un tenore di vita dignitoso anche durante il pensionamento.

Il Consiglio dell'Unione Europea ed i Ministri degli Affari Sociali, nella dichiarazione in chiusura dell'anno europeo, riprendono i tratti salienti di tale documento programmatico evidenziando che, se da una parte, l'evoluzione demografica ha effetti a livello economico, sociale, sanitario e di bilancio vi è d'altra parte "la volontà politica di raccogliere le sfide socio-economiche connesse con l'invecchiamento della popolazione".

Considerato il prezioso contributo degli anziani alla vita sociale, culturale, economica e l'importanza della loro partecipazione attiva alla vita della società in tutti i suoi aspetti, gli Stati membri intendono, quindi, sviluppare una politica sociale basata sui principi fondamentali della solidarietà inter- ed intragenerazionale, con i seguenti obiettivi:

- garantire il diritto a disporre di un minimo di risorse e/o l'accesso ad altri sistemi di protezione sociale per continuare una partecipazione autonoma alla vita sociale;
- concedere un reddito di sostituzione preservando il tenore di vita secondo appropriati regimi di Sicurezza Sociale;
- far riferimento ad indicatori precisi nel fissare gli importi e prevedere delle modalità di revisione periodica;
- mantenere l'anziano come elemento attivo della società ed in contatto con il mondo del lavoro;
- promuovere una politica flessibile di edilizia abitativa con varietà di alloggi per consentire al singolo anziano di restare in casa sua;
- rispetto dell'autonomia e della vita privata;

- promozione di habitat ed infrastrutture di trasporto accessibili e sicure;
- offrire, secondo criteri obiettivi, un'adeguata assistenza finalizzata all'autonomia e al benessere fisico, mentale, sociale degli anziani;
- coordinamento ed integrazione socio-sanitaria;
- prestazioni qualificate e differenziate per evitare la dipendenza e l'internamento in istituto;
- sviluppare iniziative in uno spirito di solidarietà tra le generazioni che permettano un agevole passaggio dall'attività professionale alla pensione;
- prevedere strutture che forniscano accoglienza, informazioni, e assistenza pratica per snellire le procedure amministrative;
- incoraggiare il passaggio delle conoscenze e della perizia degli anziani alle nuove generazioni al fine di beneficiare della loro esperienza;
- promuovere una partecipazione piena degli anziani alla vita della società fornendo loro le informazioni necessarie.

La realizzazione di questi obiettivi può costituire un contributo rilevante per la lotta e la prevenzione all'esclusione e all'isolamento sociale degli anziani.

Questa grande sfida per le politiche sociali, che l'evoluzione demografica ci propone, ha permesso di compiere progressi nell'analisi dei dati, nello sviluppo di strategie innovative, nello scambio di esperienze e nella cooperazione attiva degli interessati.

Per favorire una valutazione periodica dell'andamento dello stato di attuazione nei vari paesi e delle politiche nazionali messe in atto, esiste già dal 1990 l'Osservatorio comunitario sugli anziani.

Questo strumento risponde all'esigenza di disporre di dati completi e soprattutto comparabili della realtà osservata.

I motivi delle grosse difficoltà metodologiche sono riconducibili sostanzialmente a due ragioni:

1) la differenza organizzativa, culturale, qualitativa della situazione degli anziani, dei livelli di responsabilità in campo sociale, del decentramento amministrativo e gestionale;

2) i rapidi mutamenti tecnologici, delle strutture sociali e dei bisogni, che modificano continuamente i parametri di riferimento per una valutazione in termini di efficacia/efficienza dei servizi.

Il quadro dello sviluppo della politica sociale europea, relativo agli anni più recenti, risulta caratterizzato da uno scenario di rapide trasformazioni.

Il trattato di Amsterdam, firmato dai capi di Stato e di governo dei Paesi Membri il 2 ottobre 1997, ratificato e in vigore dal 1° maggio 1999, rappresenta un'altra tappa significativa nella storia dell'Unione.

Con questo trattato si dà avvio al consolidamento dei meccanismi posti in essere dal trattato di Maastricht (1992), e si giunge ad una definizione puntuale di una serie di orientamenti sociali prioritari a livello comunitario, in particolare in materia di occupazione.

Il Trattato di Amsterdam ha dato, dunque, un nuovo impulso alla politica sociale, in particolare nel settore della salute, della sicurezza sul posto di lavoro, del dialogo tra le parti sociali e della coesione economica e sociale.

Il nuovo articolo 13 del trattato CE, introdotto appunto dal trattato di Amsterdam, riguarda, in particolare, l'adozione di una disposizione relativa alla non discriminazione che autorizza il Consiglio a prendere i provvedimenti necessari deliberando all'unanimità, per lottare contro qualsiasi discriminazione fondata sul sesso, sulla razza, sull'origine etnica, sulle credenze religiose o sui convincimenti personali, su un handicap, sull'età o sull'inclinazione sessuale.

L'articolo 136 ribadisce, inoltre, che la politica sociale rientra in una competenza condivisa dalla Comunità europea e dagli Stati membri.

Gli obiettivi della politica sociale sono enunciati secondo quanto già evidenziato dalla "Carta sociale europea" firmata a Torino il 18 ottobre 1961, nonché dalla "Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori", del 1989.

Questi diritti coprono la promozione dell'occupazione, il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, una protezione sociale adeguata, il dialogo sociale, lo sviluppo delle risorse umane atto a consentire un livello occupazionale elevato e duraturo per la lotta contro l'emarginazione.

A conclusione di questo percorso, il 1993 è stato caratterizzato da "L'anno europeo degli anziani e della solidarietà tra le generazioni". Ciò ha offerto l'opportunità agli stati membri della Comunità Europea di definire la propria situazione interna e confrontare il grado di sviluppo in relazione ad un tema che è destinato, nella società moderna, a rimanere sempre attuale: le misure da adottare nei confronti di una popolazione che invecchia.

All'interno della dimensione sociale dell'unità europea:

- ❖ una persona su tre, nell'ambito comunitario, ha più di 50 anni ed una persona su cinque ne ha più di 60;
- ❖ il 70% delle persone ultraottantacinquenni è rappresentato da donne;
- ❖ il 20% della popolazione lavorativa ha superato i 50 anni;
- ❖ in tutta la comunità il 10% degli anziani vive in case di riposo.

5 anni dopo è stato presentato il "Programma d'azione sociale a medio termine 1998-2000", [COM (98) 259 def. 29 aprile 1998].

L'attuazione del programma d'azione sociale precedente, relativo al periodo 1995-97, ha dato luogo, infatti, a progressi importanti: l'occupazione si afferma come una priorità dell'Unione non solo in virtù del trattato di Amsterdam, ma anche in base agli ambiziosi programmi di lavoro, che la Commissione ha adottato: ne sono esempio il Piano d'azione per la libera circolazione dei lavoratori o il Libro verde sull'organizzazione del lavoro, che costituiscono gli elementi dell'attuale quadro di rinnovamento della politica sociale.

Il completamento del mercato interno e l'adozione della moneta unica, che fanno dell'Europa un blocco economico integrato, conferiscono, inoltre, un'importanza ancora maggiore all'interazione tra la politica sociale e la politica economica.

La prospettiva dell'ampliamento dell'Unione ai paesi candidati ha messo in evidenza, tuttavia, che devono essere compiuti maggiori sforzi per passare ad un sistema di politiche attive in grado di prevenire l'esclusione sociale: la demografia, la modernizzazione della protezione sociale, la lotta contro il razzismo, sono diventati, dunque, nuovi settori d'interesse comune.

Il Consiglio Europeo di Nizza, il 7 Dicembre 2000, dopo una fase di consultazione di circa due anni, ha proclamato solennemente "La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea", con la firma congiunta del Presidente del Parlamento Europeo, Nicole Fontaine, del Presidente di turno del Consiglio dell'Unione, Hubert Vedrine e del Presidente della Commissione Europea, Romano Prodi.

Attraverso tale documento l'Unione Europea fa un deciso passo in avanti verso la trasformazione dello spazio geografico - economico in uno spazio comune di diritti, rappresentato dalla condivisione comune di principi e valori indivisibili e universali.

La Carta non vuol essere soltanto una nuova formulazione di diritti politici e civili, che già costituiscono la base fondante delle Costituzioni europee e delle Convenzioni internazionali, ma vuol essere una pietra miliare nell'evoluzione della tutela di questi diritti fondamentali e in particolare dei diritti sociali: si rivolge infatti non solo ai cittadini europei, ma anche a tutti coloro che, pur non essendo europei, risiedono nel territorio dell'Unione.

La Carta si compone di 54 Articoli, raggruppati secondo la sequenza: diritti inerenti la dignità umana, la libertà, l'uguaglianza, la solidarietà, la cittadinanza e la giustizia.

Nel capo III relativo all'uguaglianza, degno di menzione, per il nostro lavoro, è in particolare l'Art. 25. "Diritti degli anziani", che recita: *"L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale"*.

Nel capo IV, che si riferisce alla Solidarietà, dopo un'importante insieme di diritti sul lavoro, all'Art.34. si parla di "Sicurezza Sociale e Assistenza Sociale": *"L'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia, oltre che in caso di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali."*

Ogni individuo che risieda o si sposti legalmente all'interno dell'Unione ha diritto alle prestazioni di sicurezza sociale e ai benefici sociali conformemente al diritto comunitario e alle legislazioni e prassi nazionali."

Al fine di lottare contro l'esclusione sociale e la povertà, l'Unione riconosce e rispetta il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire

un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali.

La Carta dei Diritti Fondamentali ha già dimostrato, nel solo corso di un anno, di costituire davvero un punto di riferimento condiviso, una sintesi di principi di carattere sovraordinato rispetto alle normative europee. Nonostante il mancato inserimento nei trattati, in modo giuridicamente vincolante, la Carta rappresenta un passaggio fondamentale verso la costruzione di uno spazio giuridico europeo e verso la redazione di un vero testo Costituzionale.

2.2 ITALIA

Per definirne il quadro occorre individuare, come premessa che fa da sfondo alla ricerca nel suo complesso articolato, su quali basi legislative poggia il sistema di welfare italiano.

Tre i capisaldi: la legge nazionale 328/2000 di riforma dell'assistenza, la riforma del titolo V della Costituzione attraverso la legge n. 3/2001 che delega il governo locale a legiferare in materia di Servizi Sociali, e la legge regionale n. 2/2003 di riforma dell'assistenza nella Regione Emilia Romagna.

Il fatto che nel frattempo sia stato riformato il titolo V, demandando alle Regioni gran parte delle responsabilità in materia assistenziale, non ha reso totalmente cedevole la 328, in quanto restano in capo al governo temi come i livelli minimi di assistenza o il riordino delle professioni sociali.

In tal senso, le riforme sopra citate hanno costituito la base affinché ogni Regione definisca gli elementi di fondo atti a garantire assistenza sociale alle fasce deboli della popolazione. Tale orientamento rischia di creare sperequazioni sul territorio italiano, in quanto si è verificata una complessa disomogeneità sul territorio nazionale, poiché alcune Regioni hanno legiferato in modo differente da altre, creando differenze.

Per queste ragioni lo Stato ha mantenuto in capo i cosiddetti "livelli minimi di assistenza" sotto il quale nessuna Regione può andare. Il problema vero è che il

Governo, in questi anni, non ha prodotto il decreto applicativo che avrebbe dato legittimità ai livelli minimi di assistenza.

Legge 11 febbraio 1980, n. 18, Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili: tende ad integrare con un assegno economico i redditi delle persone con invalidità al 100%.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate: tende a istituire i diritti delle persone disabili, tramite una serie di disposizioni che vanno a regolamentare i permessi sul lavoro, le attività legate allo studio, per decretare il principio di aiuto ai disabili.

La legge di riordino del Sistema Integrato dei Servizi Sociali N. 328/2000, una vera novità nel panorama italiano visto che l'ultimo provvedimento disciplinare in materia sociale era riferito al 1892 (Legge Crispi): ha reso applicabile le innovazioni che negli ultimi anni si stavano imponendo, pensiamo ad esempio al fenomeno dei Piani di Zona dei Servizi Sociali, anche se non ha però abrogato molte leggi che oggi rimangono in vigore e che hanno effetto su specifici eventi della vita o finalizzate a regolamentare fenomeni afferenti ai Servizi Sociali, e che sono:

Legge 7 dicembre 2000, n. 383, Disciplina delle associazioni di promozione sociale: regola le associazioni senza fini di lucro, ovvero definendole di promozione sociale, quali luoghi privilegiati di esercizio del volontariato puro.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie: provvedimento che intende stabilire la ripartizione della spesa fra sociale e sanitario, definendo con precisione che cosa si intende per prestazioni sociali e sanitarie.

Decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328: provvedimento che ha come obiettivo la trasformazione delle Ipab (istituite con legge Crispi del 1892) in Asp (Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona), quale contraltare delle Asl (Aziende Sanitarie Locali) poiché competenti in materia sociale.

La 328/2000 prevede inoltre di regolamentare le professioni sociali in Italia, art.12, a cui occorre uno specifico decreto applicativo mai emanato. Questo elemento non favorisce la stabilità delle professioni nel sociale, incrementando confusione nelle varie fasi che vanno dall'accoglienza alla presa in carico fino al trattamento dei pazienti.

2.3 INGHILTERRA

Disability Discrimination Act 1995, regola la tutela delle persone disabili contro la discriminazione, l'isolamento e l'emarginazione nel mondo del lavoro.

National Health Service (Primary Care) Act 1997, provvedimento sulle forme di erogazione dell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti.

Care Standards Act 2000, istituisce una Commissione indipendente (sul modello dell'Autorithy italiana) per controllare gli standard di assistenza, al fine di migliorare la protezione della popolazione fragile.

Health and Social Care Act 2001, provvedimento sulle modalità di attuazione dell'assistenza socio-sanitaria, rivolta in particolare alla cosiddetta popolazione fragile, intesa sia per mancanza di mezzi di sussistenza, sia per motivi di perdita della salute.

National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002, riforma il Servizio Sanitario Nazionale, unitamente alla revisione e regolamentazione delle professioni di cura sanitarie.

Health and Social Care (Community Health Standards) Act 2003; regola gli standard socio-sanitari a favore della comunità.

Human Tissue Act 2004, riforma le modalità di esercizio del diritto dei pazienti e dei cittadini a partecipare al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Mental Capacity Act 2005, tutela le persone con problemi mentali affinché possano essere guidate dai professionisti del sociale e del sanitario ad autodeterminarsi.

Appare evidente quanto il modello Inglese é orientato ad offrire i Servizi Sociali in base alla "dimostrazione della sussistenza" o meno di mezzi di sostentamento da parte del richiedente.

Dalla legislatura apprendiamo che l'offerta di servizi è limitata e rivolta principalmente ai casi problematici, tenendo basso il volume delle prestazioni pubbliche a vantaggio di quelle private; essi rivestono un ruolo molto forte e di grande visibilità dato che esiste molta concorrenza nel privato profit e no-profit.

Il ruolo del servizio pubblico è limitato a controllare i costi delle prestazioni e a supervisionare gli standard qualitativi delle prestazioni erogate; in pratica viene anticipato quello che da noi si definisce "accreditamento". Una possibile considerazione di questo modello è che porta alla separazione netta fra "assistenza" e "controllo".

2.4 GRECIA

Loi no 2194 du 11 mars 1994, provvedimento riguardante la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e tutte le disposizioni inerenti le attività rivolte ai pazienti.

Arrêté no 090-4 du 11 novembre 1994, questo provvedimento riguarda la definizione delle succursali regionali dell'IKA (istituto delle assicurazioni sociali) competente per accordare le pensioni di anzianità e analoghe erogazioni conformemente alle disposizioni comunitarie e alle convenzioni internazionali sulla assicurazione di protezione sociale.

Loi no 2345 du 12 octobre 1995, relativo alla regolamentazione della concessione di servizi di protezione organizzati dai servizi di assistenza sociale locale con tutte le disposizioni inerenti le varie tipologie di utenza e di servizi.

Arrêté ministériel des ministères de la Santé et de la Prévoyance et des Finances No. 423/1167 – 1996, provvedimento relativo alle disposizioni emesse congiuntamente dai Ministeri della Sanità, della Previdenza Sociale e delle Finanze concernente la modifica e l'allargamento del programma di aiuto economico alle persone con handicap mentale.

Loi no 2646 du 15 octobre 1998, riguarda l'organizzazione del Sistema Nazionale di Aiuto Sociale e altre disposizioni inerenti, per tipologia di utenza e gradi diversi di aiuti economici in funzione delle necessità.

Arrêté no 727/F10150 du 16 juin 1999, regolamento l'iscrizione degli anziani assicurati al registro generale degli "Assicurati/pensionati".

Arrêté no 116445 du 15 octobre 1999, riguarda il sistema di gestione, valutazione, verifica e controllo delle procedure di applicazione per la creazione di « Unità di Assistenza Sociale », cofinanziata dalla Cassa Sociale Europea, nell'ambito della misura n.3 del programma ausiliario III del programma operativo « Formazione continua e promozione dell'impiego » definisce un piano di formazione e di sostegno alle professioni sociali

Loi no 2956 du 6 novembre 2001, tende a riformare il Servizio Pubblico di Impiego, organo con molteplici funzioni, fra cui anche una di tipo sociale, che regola l'integrazione sociale della popolazione fragile, anche in materia lavorativa ma non solo.

Dal tipo di legislazione, si comprende come la Grecia fondi il tipo di Welfare su un sistema centralizzato in cui il Governo valuta i bisogni della cittadinanza, definisce la programmazione sociale e fissa un budget, mentre la responsabilità per l'attuazione delle politiche compete alle autorità regionali.

Il ruolo centrale della famiglia, soprattutto quella allargata, è ancora presente in vaste zone del paese.

Stavroupoli si inserisce in questa linea, enfatizza il suo ruolo assistenziale, accompagnato dalle numerose attività sostenute dalla Chiesa Greca-Ortodossa, tra cui servizi residenziali per anziani.

Altro elemento interessante è legato alle organizzazioni del privato sociale non afferenti alla Chiesa, che qui sono comparse in ritardo rispetto agli altri paesi dell'Europa meridionale.

Questa breve esposizione normativa mostra come il modello Inglese sia orientato, come già detto, ad offrire i Servizi Sociali in base alla "dimostrazione della sussistenza" o meno di mezzi di sostentamento da parte del richiedente: ciò comporta un lavoro di "assessment" sulle condizioni socio-economiche da parte

delle professioni sociali e sanitarie, ampiamente regolato: questo rappresenta certamente un punto di notevole differenza con Grecia e Italia, che invece non hanno una legislazione che regola tali professioni, ma solo dei provvedimenti che tendono a formare (vedi il provvedimento greco sulla formazione delle professioni sociali di origine U.E.).

Il ruolo del servizio pubblico britannico è quindi limitato a controllare i costi delle prestazioni e a supervisionare gli standard qualitativi (**regolati per legge**) delle prestazioni erogate; in pratica viene anticipato quello che da in Italia si definisce "accreditamento". Una possibile considerazione di questo modello è che porta alla separazione netta fra "gestione dell'assistenza" e "controllo", ancora lontano dai modelli di Italia e Grecia.

Va inoltre aggiunto che l'Inghilterra, come l'Italia, regola la partecipazione dei cittadini al controllo del Servizio Sanitario per legge e che sono pure regolati dalla norma gli standard qualitativi delle prestazioni minime da erogare in tutto il territorio, a differenza invece dell'Italia e della Grecia che ancora non hanno provveduto.

Capitolo 3

I QUESTIONARI

In questa parte vedremo lo schema del questionario somministrato ad alcuni funzionari delle tre città in oggetto atto a rilevare le informazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi iniziali, e costruito sulla base delle indicazioni emerse dalle specifiche norme, dall'analisi delle procedure di accesso alle figure professionali coinvolte, dalla valutazione del servizio al piano personalizzato

3.1 LE DOMANDE PROPOSTE

Lingua italiana

Domande	Risposte
1. Lei dirige un servizio per anziani, delle tre risposte che seguono quale sceglie:	A) La normativa che applico è in perfetta sintonia con la riforma del welfare. B) La normativa che applico è superata. C) Rispetto allo stato attuale dei bisogni delle persone, la normativa è talmente flessibile che si riescono a dare risposte seppur non corrispondenti alla legge di riforma.
2. L'accesso ai servizi è uguale per tutti?	A) Sì. B) No. C) Dipende da altri fattori.
3. Rispetto all'accesso, quali sono le figure professionali impiegate?	A) Assistenti sociali iscritti all'albo ed impiegati appositamente formati. B) Figure selezionate dall'amministrazione senza titoli precisi ma con curriculum attinente. C) Figure professionali senza esperienza.
4. Esistono delle procedure standardizzate?	A) Sì, procedure molto rigida. B) Sì, anche se il livello di discrezionalità è alto. C) No.
5. Può descriverci brevemente come avviene un accesso?	
6. La normativa sostiene che occorre lavorare con programmi personalizzati sui cittadini. Lo ritiene possibile?	A) Sì. B) Parzialmente. C) No.
7. Può descriverci brevemente come avviene la stesura di un piano personalizzato?	

8. Com'è strutturato il procedimento di garanzia per il cittadino, affinché riceva delle risposte qualificate e coerenti con la normativa, fosse anche un diniego alla sua domanda?	
9. L'erogazione delle prestazioni avviene tramite servizi interni al Comune o esterni?	
10. Se esterni, l'erogazione avviene tramite quale processo di assegnazione dei servizi?	
11. Si può affermare che la valutazione e il controllo rimane in capo al Quartiere?	
12. Quali costi sostiene il cittadino per i servizi che riceve?	
13. Quali costi sostiene il Quartiere mediamente per assistito?	
14. Dei servizi che seguono, può barrare quelli che vengono erogati:	A) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare B) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica domiciliare C) <input checked="" type="checkbox"/> Centro Diurno D) <input checked="" type="checkbox"/> Casa Protetta E) <input checked="" type="checkbox"/> Residenza Assistenziale Sanitaria F) <input checked="" type="checkbox"/> Telesoccorso G) <input checked="" type="checkbox"/> Buoni pasto H) <input checked="" type="checkbox"/> Dimissioni protette I) <input checked="" type="checkbox"/> Medico di famiglia J) <input checked="" type="checkbox"/> Appartamenti protetti K) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenti familiari L) <input checked="" type="checkbox"/> Associazioni di volontariato M) <input checked="" type="checkbox"/> Contributi economici N) <input type="checkbox"/> Altro

Lingua Inglese:

Domande	Risposte
1. As a manager of a service for the elderly, choose one of the following answers:	A) The set of rules I enforce is totally in agreement with the Welfare state bills. B) The set of rules I enforce is obsolete. C) In comparison to the present needs of people, the set of rules is so flexible that we can find responses even if they do not correspond to the Welfare state bills.
2. Can everybody acceded to the services as easily?	A) Yes. B) No. C) Depends on other conditions.
3. As to the access to the services, which professionals are employed?	A) Enrolled social workers and clerks, who are trained on purpose. B) Operatives who are chosen by the Municipality, with no special profile but with a relevant curriculum. C) Supply professionals without experience.

4. Are there any standard procedures?	A) Yes, there is a very rigid procedure. B) Yes, even if there is a high level of discretionary power. C) No, there aren't any.
5. Can you briefly describe how an access to the service takes place?	
6. The set of rules states that it is necessary to employ customized projects with the citizens. Do you think it is possible?	A) Yes I Do. B) Only partly. C) No, I don't.
7. Can you briefly describe how the layout of a customized projects takes place?	
8. What is the structure of the guaranty project to the citizen, in order to give her/him qualified responses in agreement with the set of rules, even in case of denial? (for example: a letter is sent explaining the citizen is not going to acceded, including the reasons for the denial)	
9. Does the allocation of the performances take place through internal or external services (to the Municipality)?	
10. In case it takes place through external services, according to what assignation process does it occur? (for example: private negotiation, competition among various social agencies)	
11. Could you state that evaluation and control are still in charge to the Social Worker of the Municipality?	
12. Which costs does the citizen have to pay for the services she/he receives? (for example: she/he has to pay according to her /his income; there are various income levels with corresponding charges)	
13. Which costs on average does the Municipality have to pay for each elderly beneficiary?	
14. Can you tick supplied services:	A) Primary home care B) Primary nurse care C) Daily residential centre D) Rest home for non self sufficient E) Medically assisted rest home F) Emergency connection with telephone G) Meal vouchers H) Medically assisted demission I) Family doctor J) Socially monitored lodging K) Private care operatives

- | | |
|--|---|
| | L) Voluntary Association
M) Financial contribution
N) Other |
|--|---|

3.2 SINTESI DELLE RISPOSTE

CITTA' DI BOLOGNA: Somministrato ai Responsabili del Servizio Anziani dr.ssa Angela Zecchi, dr. Massimo Zucchini, dr.ssa Ginetta Vasini.

Per quanto riguarda la città di Bologna, prendendo atto delle peculiarità del suo sistema di gestione del welfare, organizzato per Quartieri, i questionari sono stati somministrati ad un campione di responsabili di servizi sociali. Per l'analisi delle risposte si è scelto di calcolare la media dei risultati per le domande chiuse, e di estrapolare una sintesi ragionata per quanto riguarda, invece, le risposte aperte, tenendo comunque presente le divergenze tra i tre quartieri.

CITTA' DI STAVROUPOLI-THESSALONKI: Questionario somministrato alla dr.ssa Maria Papadopoulou, vice presidente del "CENTRO APERTO DI PROTEZIONE PER GLI ANZIANI" di Stavroupoli.

CITTA' DI ISLINGTON: Questionario somministrato alla dr. Tony Wash, Principal Regeneration Officer - Europe, London Borough of Islington - The Mez Unit A.

Domande	Risposte		
	Bologna	Stavroupoli	Islington
1. Lei dirige un servizio per anziani, delle tre risposte che seguono quale sceglie:	C) Rispetto allo stato attuale dei bisogni delle persone, la normativa è talmente flessibile che si riescono a dare risposte seppur non corrispondenti alla legge di riforma	C) In comparision to the present needs of people, the set of rules is so flexible that we can find responses even if they do not correspond to the Welfare state bills.	A) The set of rules I enforce is totally in agreement with the Welfare state bills
2. L'accesso ai servizi è uguale per tutti?	A) Tutti gli anziani ricevono una risposta, a prescindere dalla nazionalità	A)	A) Every elderly receives a response, no matter what her/his nationality is.
3. Rispetto all'accesso, quali sono le figure professionali impiegate?	A) Assistenti sociali iscritti all'albo ed impiegati appositamente formati.	A) Enrolled social wokers and clerks, who are trained on purpose.	A) Enrolled social wokers and clerks, who are trained on purpose.
4. Esistono delle procedure standardizzate?	B) Sì, anche se il livello di discrezionalità è alto.	A) Yes, even if there is a high level of discretionary power.	A) Yes, there is a very rigid procedure.
5. Può descriverci brevemente come avviene un accesso?	Per un cittadino di Bologna sono molteplici le vie di accesso ad un servizio di cura. E' possibile distinguere tra tre procedure fondamentali: canale diretto, segnalazione da altri servizi, segnalazione dalla rete sociale che supporta la persona. Nel primo caso è la persona che prende contatto direttamente con i servizi di quartiere. Il personale amministrativo, già a partire da questa prima comunicazione, valuta preliminarmente le esigenze della	Chiunque sia residente nella municipalità di Stavroupoli e abbia un'età superiore a 58 anni può essere registrato come membro del Centro di Protezione per gli anziani. Successivamente ha accesso a tutti i servizi previsti dal Centro.	La valutazione delle cure da mettere in campo è in conformità alle linee guida e alla legislazione FACS. Questi criteri nazionali stabiliscono un quadro di valutazione delle cure e del rischio al fine di garantire un comune approccio in Inghilterra e nel Galles. Ci sono 4 criteri – critico, notevole, moderato e leggero – applicati a livello locale che permettono di organizzare soglie di accesso individuali ai servizi..

	<p>persona, le sue risorse e i possibili strumenti da mettere in pratica.</p> <p>Nel secondo caso sono altre strutture, come ad esempio gli ospedali, che segnalano ai Quartieri le persone da prendere in carico.</p> <p>Nel terzo caso è l'ambiente sociale di riferimento (le associazioni, la parrocchia, la rete amicale ecc) a segnalare la persona al servizio preposto.</p>		
6. <i>La normativa sostiene che occorre lavorare con programmi personalizzati sui cittadini. Lo ritiene possibile?</i>	A) Sì.	B) Only partly.	A) Yes I Do.
7. <i>Può descriverci brevemente come avviene la stesura di un piano personalizzato?</i>	<p>In questo caso ci sono due procedure, una affidata agli assistenti sociali, meno strutturata, la seconda alla UVG (unità di valutazione geriatria), più strutturata.</p> <p>Nel primo caso è l'assistente sociale a raccogliere i dati sulla persona (la natura del bisogno, la sua situazione familiare, le risorse sociali disponibili); nel secondo caso invece il piano personalizzato si regge su di una valutazione ad opera della UVG che, attraverso criteri standardizzati di valutazione, analizza la situazione dell'utente sotto ogni punto di vista compilando una scheda in cui si</p>	<p>Gli interventi sono di solito progettati da personale del Centro che, in parte, lavora in autonomia per casi del genere.</p>	<p>Il piano di cura è diviso tra gli operatori sociali sulla base dei bisogni valutati.</p>

	<p>assegna un punteggio di autosufficienza.</p> <p>Tutti e tre i responsabili di quartiere concordano sulla necessità di “non sostituirsi alle risorse sociali della persona”. Le quali devono essere integrate e non sostituite dal servizio.</p>		
<p>8. Com'è strutturato il procedimento di garanzia per il cittadino, affinché riceva delle risposte qualificate e coerenti con la normativa, fosse anche un diniego alla sua domanda?</p>	<p>Per quanto riguarda la risposta a questa domanda, ogni quartiere ha citato l'importanza delle garanzie amministrative fornite dalla formalità del procedimento: ogni percorso di cura o ogni richiesta di cura ha un inizio e una fine “protocollati”. C'è l'obbligo di una risposta scritta in caso di diniego.</p> <p>Nello specifico, un quartiere in particolare, ha fatto riferimento ad una garanzia di carattere diverso, informale: la qualità del personale e dell' “incontro” tra personale e utenti.</p>	<p>La comunicazione di “non-idoneità” all'accesso al servizio è, di solito, comunicata di persona (oralmente) al residente.</p>	<p>Nel caso in cui gli individui non abbiano i requisiti per i servizi predisposti dalle strutture locali, in quanto sotto la soglia di accesso, essi sono segnalati al settore del volontariato (non statale), settore in alcuni casi istituito dall'autorità locale.</p>
<p>9. L'erogazione delle prestazioni avviene tramite servizi interni al Comune o esterni?</p>	<p>La maggior parte dei servizi sono erogati da strutture esterne al Comune.</p>	<p>Soprattutto attraverso servizi esterni.</p>	<p>Vi è un mix di organizzazioni provate e pubbliche (associazioni di volontariato, di carità e privato for profit).</p>
<p>10. Se esterni, l'erogazione avviene tramite quale processo di assegnazione dei servizi?</p>	<p>Attraverso convenzioni e appalti.</p>	<p>Nella maggior parte attraverso negoziazioni con professionisti (ad esempio musicisti, artisti), i quali presentano le loro offerte di servizio.</p>	<p>In accordo con la legislazione europea e le linee di finanziamento locali.</p>

<i>11. Si può affermare che la valutazione e il controllo rimane in capo al Comune?</i>	La valutazione e il controllo rimangono sostanzialmente in capo al Comune, che possiede anche compiti di progettualità generale, nella formulazione di obiettivi di lungo periodo e di standard di erogazione dei servizi.	La valutazione e il controllo sono sotto la responsabilità del Consiglio di Amministrazione e sono attuate di solito dal presidente.	Il monitoraggio delle performance e degli accordi è assicurata dai servizi sociali.
<i>12. Quali costi sostiene il cittadino per i servizi che riceve?</i>	Il sistema dei costi dei servizi si differenzia in base ai Quartieri. E' in cantiere una regolamentazione generale in grado di uniformare i prezzi per tutta la città. Il criterio principale per determinare il costo di un servizio per il cittadino è dato dal reddito, individuale e familiare. Le differenze più significative tra i quartieri si riscontrano nella determinazione delle tariffe per i Centri Diurni: in alcuni quartieri sono giornaliere, mentre in altri mensili. Tutti i responsabili di quartiere concordano sul fatto che le tariffe non sono quasi mai intere, ma inferiori al prezzo di mercato.	Ogni membro del Centro paga una quota annuale di 3 euro più un extra pagato per escursioni, servizi erogati esternamente e incontri pubblici.	Ogni persona riceve un pacchetto di cure comunitarie e ha una valutazione finanziaria. Al di sotto di 3000 sterline di reddito non sostiene spese, con un reddito maggiore di 18.000 sterline paga tutto il costo dei servizi, e tra 3000 e 18.000 sterline paga in maniera diversa a seconda del reddito (progressivamente).
<i>13. Quali costi sostiene il Comune mediamente per assistito?</i>	Anche in questo caso è praticamente impossibile definire l'ammontare medio di costi sostenuti dal Quartiere per assistito. Ciò deve essere letto ancora alla luce delle differenze	In media 100 euro. Il centro ha 4300 membri e un totale di budget di 430.000 euro.	Dipende dal tipo di servizio. Ad esempio: cure esterne, 14 £ all'ora; house homecare, 28£ all'ora, cure residenziali, da £400 a £450 alla settimana; nursing care, da £600 a £660 alla settimana.

	<p>che sussistono tra i vari Quartieri. Alcuni quartieri hanno evidenziato maggiormente il loro impegno, anche economico, allo sviluppo di una cultura della “domiciliarità”. Altri, descrivendo gli impegni dei servizi per anziani sul loro territorio, hanno messo in evidenza l’importanza dei costi sostenuti per i “Centri Polifunzionali”, in cui vi è la collaborazione tra strutture diverse, come le Case di Riposo e i Centri Diurni.</p>		
<p>14. Dei servizi che seguono, può barrare quelli che vengono erogati:</p>	<p>A) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare B) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica domiciliare C) <input checked="" type="checkbox"/> Centro Diurno D) <input checked="" type="checkbox"/> Casa Protetta E) <input checked="" type="checkbox"/> Residenza Assistenziale Sanitaria F) <input checked="" type="checkbox"/> Telesoccorso G) <input checked="" type="checkbox"/> Buoni pasto H) <input checked="" type="checkbox"/> Dimissioni protette I) <input checked="" type="checkbox"/> Medico di famiglia J) <input checked="" type="checkbox"/> Appartamenti protetti K) <input checked="" type="checkbox"/> Assistenti familiari L) <input checked="" type="checkbox"/> Associazioni di volontariato M) <input checked="" type="checkbox"/> Contributi economici N) Altro</p>	<p>A) <input checked="" type="checkbox"/> Primary home care B) <input checked="" type="checkbox"/> Primary nurse care C) <input type="checkbox"/> Daily residential center D) <input checked="" type="checkbox"/> Rest home for non self sufficient E) <input type="checkbox"/> Medically assisted rest home F) <input type="checkbox"/> Emergency connection with telephone G) <input type="checkbox"/> Meal vouchers H) <input type="checkbox"/> Medically assisted demission I) <input checked="" type="checkbox"/> Family doctor J) <input type="checkbox"/> Socially monitored lodging K) <input type="checkbox"/> Private care operatives L) <input type="checkbox"/> Voluntary association M) <input type="checkbox"/> Financial contribution N) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>A) <input checked="" type="checkbox"/> Primary home care B) <input checked="" type="checkbox"/> Primary nurse care C) <input checked="" type="checkbox"/> Daily residential center D) <input checked="" type="checkbox"/> Rest home for non self sufficient E) <input checked="" type="checkbox"/> Medically assisted rest home F) <input type="checkbox"/> Emergency connection with telephone G) <input checked="" type="checkbox"/> Meal vouchers H) <input checked="" type="checkbox"/> Medically assisted dimission I) <input checked="" type="checkbox"/> Family doctor J) <input checked="" type="checkbox"/> Socially monitored lodging K) <input type="checkbox"/> Private care operatives L) <input checked="" type="checkbox"/> Voluntary association M) <input checked="" type="checkbox"/> Financial contribution N) <input type="checkbox"/> Other</p>

Aggiunge la dott.ssa Maria Papadoupoulou: "A questo punto dobbiamo chiarire che le Politiche Sociali di Welfare in Grecia non vengono determinate a livello locale, ma vengono decise dal governo centrale, pertanto i comuni forniscono pochi servizi e attività agli anziani. Di norma i comuni gestiscono solo un "Centro aperto per la protezione degli anziani".

Più specificamente nel comune di Stavroupoli ogni residente ultra 58enne può iscriversi come membro del Centro aperto per la protezione degli anziani, e in questo modo ha accesso a tutti i servizi forniti dal centro.

Il centro ha 4.300 (quattromila e trecento) soci e fornisce i seguenti servizi:

- Medico di famiglia (I)
- Assistenza infermieristica (B)
- Assistenza domiciliare (A)
- Altro (O): servizio sociale, attività culturali seminari, gite, gruppi di donne che organizzano discussioni aperte ed eventi vari."

Si conviene su alcuni punti che appaiono comuni:

- l'accesso avviene in tutte e tre le città all'interno dei Servizi Sociali,
- la professione corrispondente è quella dell'Assistente Sociale;
- l'attenzione degli operatori in Islington è orientata quasi esclusivamente alle famiglie povere, limitando iniziative a favore di azioni inclusive e universali che appartengono al settore del volontariato o di altri gruppi professionali;
- nelle altre due città i servizi pubblici hanno assunto un ruolo dominante nel settore della terza età, come in quello dell'infanzia.

Il sistema di accesso appare molto simile (tramite la verifica delle possibilità economiche dei richiedenti) con un filtro strutturato per l'erogazione delle prestazioni, anche se in Grecia e in Italia si tende ad includere i richiedenti fino a farli concorrere alla spesa della intera eventuale prestazione.

Occorre ora aggiungere altri due elementi che entrano nella sua traduzione operativa in fase di implementazione organizzativa del sistema socio assistenziale:

- ❖ Obbligo di efficacia ed in seconda istanza di efficienza ed economicità: il contesto in cui si muove il welfare è oggi quello di risorse economiche sempre più scarse e parallelamente di universalismo, ne consegue che la

riorganizzazione del sistema deve tendere a massimizzare il valore aggiunto trasferito al cittadino (ridisegno e potenziamento dei processi prioritari) e, soprattutto, ad operare con strumenti di efficacia provata (monitoraggio e verifica dei risultati);

- ❖ Mutazione del ruolo del Comune: la normativa nazionale, ma anche le motivazioni esposte sino a qui tendono a trasformare i sistemi di Welfare delle Municipalità da gestore di servizi a gestore del network sociale con funzioni di regia e di accreditamento/integrazione.

3.3 L'ANALISI IN DETTAGLIO

In questa parte della ricerca evidenzieremo la natura delle differenze rispetto ai sistemi analizzati attraverso il "concetto operativizzato": si tratta di prendere in esame il fenomeno "servizio" e capire come si muove in ordine alle sue fasi di sviluppo; di seguito elencate:

- I. all'accesso e alla verifica dei requisiti;
 - II. alla formulazione del programma di aiuto alla persona;
 - III. alla modalità di erogazione della prestazione;
 - IV. ai costi sostenuti per il cittadino e per l'amministrazione;
- che potremmo rappresentare nel seguente schema:

città	Concetto operativizzato		Variazione della variabile/Note	
	Accesso	Verifica dei requisiti per l'erogazione del servizio	Accesso	Valutazione
Bologna	Assistenti Sociali	A tutti gli anziani viene garantito	nessuna	nessuna
Inslington	Assistenti Sociali	Solo in presenza di accertata povertà	nessuna	Reddito minimo
Stavroupoli	Assistenti Sociali	A tutti gli anziani viene garantito	nessuna	nessuna

città	Concetto operativizzato Programma di aiuto personalizzato	Variazione della variabile/Note
Bologna	Ogni anziano riceve una risposta personalizzata	Coerenza con i moderni sistemi di welfare e Utilizzo di prassi e di cartelle
Inslington	Ogni anziano riceve una risposta personalizzata	Coerenza con i moderni sistemi di welfare e Utilizzo di prassi e di cartelle
Stavroupoli	Non sempre, risposte standard ed anche rivolte a gruppi di utenti	Coerenza con il sistema sociale improntato all'aiuto spontaneo e non formalizzato La prassi è relativa

città	Concetto operativizzato Erogazione prestazione	Variazione della variabile/ Note
Bologna	Mix di servizi esterni e interni al Servizio Pubblico	La risposta personalizzata richiede un mix di risposte
Inslington	Solo dopo una mancata risposta da parte di gruppi riconosciuti ed organizzati, interviene il Servizio Pubblico	La risposta personalizzata richiede un mix di risposte
Stavroupoli	Soprattutto servizi legati alla famiglia allargata, alle organizzazioni collegate alla chiesa.	Se la prassi è relativa e se l'aiuto non segue sempre un percorso personalizzato, i servizi non possono che essere legati a microsistemi

città	Concetto operativizzato Costi sostenuti dal Municipio e dal Cittadino	Variazione della variabile/ Note
Bologna	Il sistema prevede un investimento del servizio pubblico, ma anche una compartecipazione alla spesa da parte del cittadino. In media si spende per la domiciliarità, circa 5.500 euro annuali a persona.	In perfetta linea con la legge sull'Assistenza, i servizi si pagano. E' gratuito solo per color che hanno redditi sotto una certa soglia. Al di sotto del minimo vitale (pensione minima) i servizi sono gratuiti, successivamente sono a

		carico del cittadino man mano che cresce il reddito.
Inslington	Il sistema prevede un investimento del servizio pubblico, ma anche una compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.	In perfetta linea con la legge sull'Assistenza, i servizi si pagano. E' gratuito solo per coloro che hanno redditi sotto una certa soglia. Le valutazioni delle cure da mettere in campo sono in conformità alle linee guida e alla legislazione FACS Britannica. Al di sotto di 3000 sterline di reddito non sostiene spese, con un reddito maggiore di 18.000 sterline paga tutto il costo dei servizi, e tra 3000 e 18.000 sterline paga in maniera diversa a seconda del reddito (progressivamente).
Stavroupoli	In media 100 euro per ogni cittadino. Il centro di protezione ha 4300 membri e un totale di budget di 430.000 euro. Ogni membro del Centro di Protezione dell'Anziano paga una quota annuale di 3 euro, più un extra pagato per escursioni, servizi erogati esternamente e incontri pubblici.	La spesa procapite è bassa, e non va oltre. Il cittadino partecipa alla spesa con una quota fissa. Il fatto che le famiglie ancora proteggono l'anziano tende a tenere bassa la spesa e a non investire sul budget.

3.4 LA RETE DI PROTEZIONE DELL'ANZIANO

Cercheremo, a questo punto, di rappresentare in un grafico il network di protezione dell'anziano, per agevolare considerazioni e commenti sulle differenze fra i tre sistemi.

Il network esposto potrebbe far apparire come simili i tre sistemi. In realtà Bologna e Stavroupoli tendono ad assomigliarsi dal punto di vista dell'accoglienza/inclusione al servizio, mentre Islington appare come una città orientata a tutelare le fasce non in grado di acquistare sul mercato servizi per la terza età: ad Islington la presa in carico

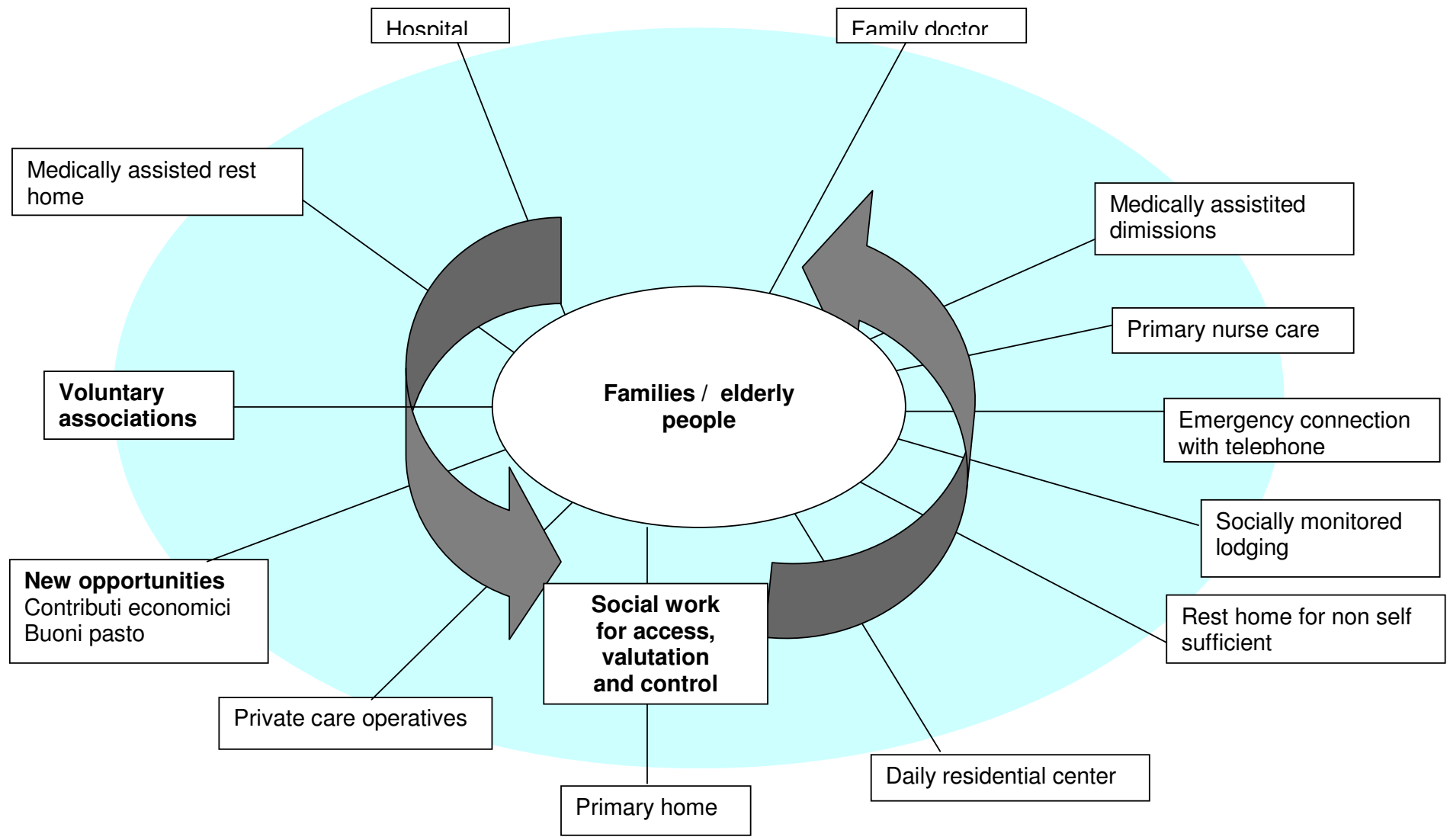
dipende molto dalla situazione economica, a Bologna e Stavroupoli dipende dalla situazione di bisogno complessiva della persona anziana che fa richiesta di un servizio.

Bologna e Stavroupoli si differenziano a loro volta in quanto il tipo di investimento economico su ciascun cittadino anziano e il tipo di organizzazione di servizio sociale dimostrano come Stavroupoli stia passando da un sistema di tipo universalistico a quello universalistico-selettivo, mentre Bologna è già al centro di tale sistema.

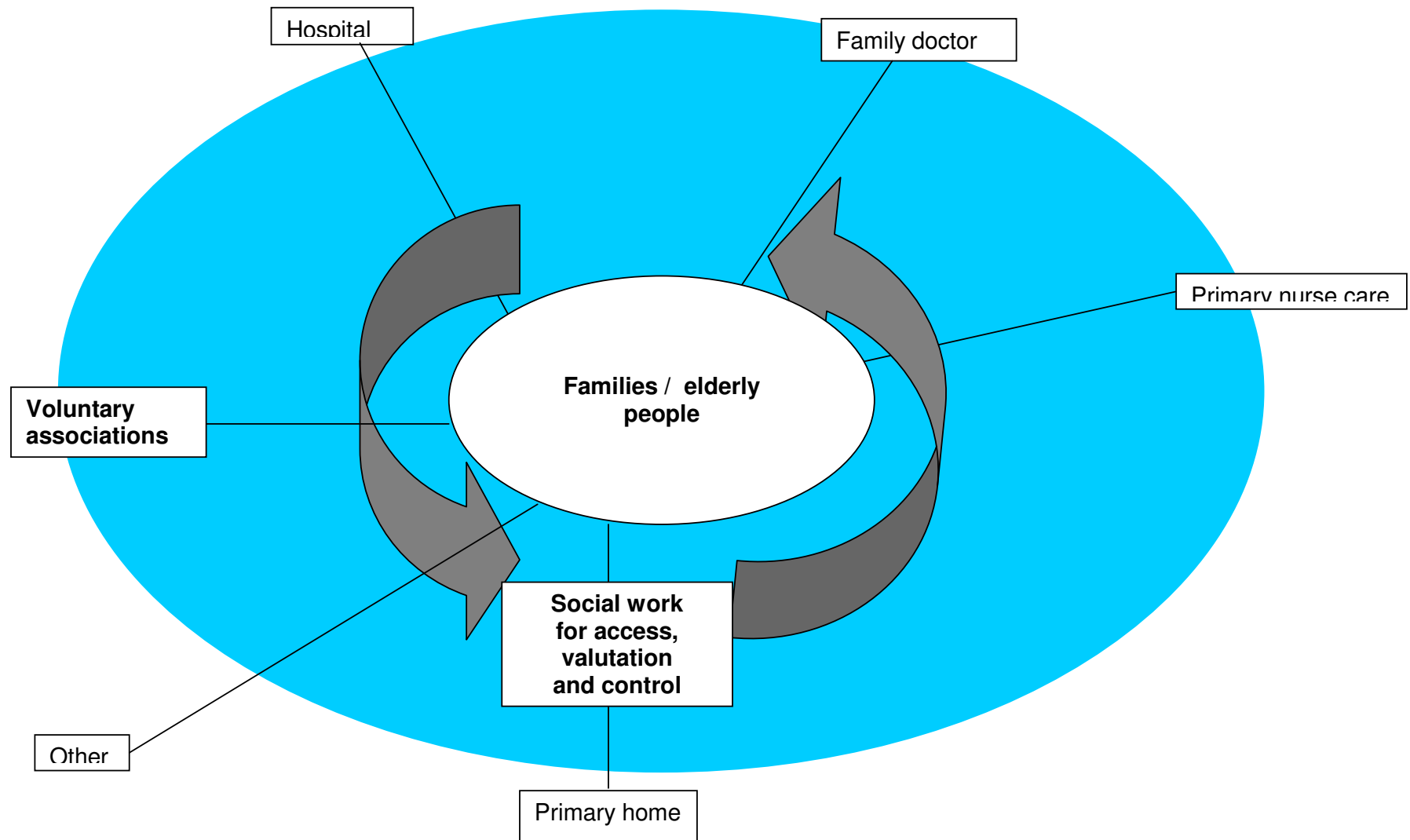
Anche graficamente, come si potrà notare, emerge la conferma di quanto riferito nelle pagine precedenti, tanto da permetterci ulteriori considerazioni:

- Islington e Bologna si equivalgono in quanto alla capacità del mercato di far fronte ai diversi bisogni, anche se nel 1° caso il cittadino viene indirizzato all'esterno dell'istituzione: oltre le 18.000 sterline, infatti, l'utente si gestisce molto autonomamente presso istituzioni no-profit private; il che non fa altro che aumentare il livello di competitività delle "imprese no profit";
- Stavroupoli, dal canto suo, non prevede questa varietà di soluzioni sia nella quantità che nella struttura organizzativa: il Centro individua dei professionisti persone fisiche che vengono attivati per soddisfare i bisogni manifestati dagli anziani e non delle organizzazioni specializzate.

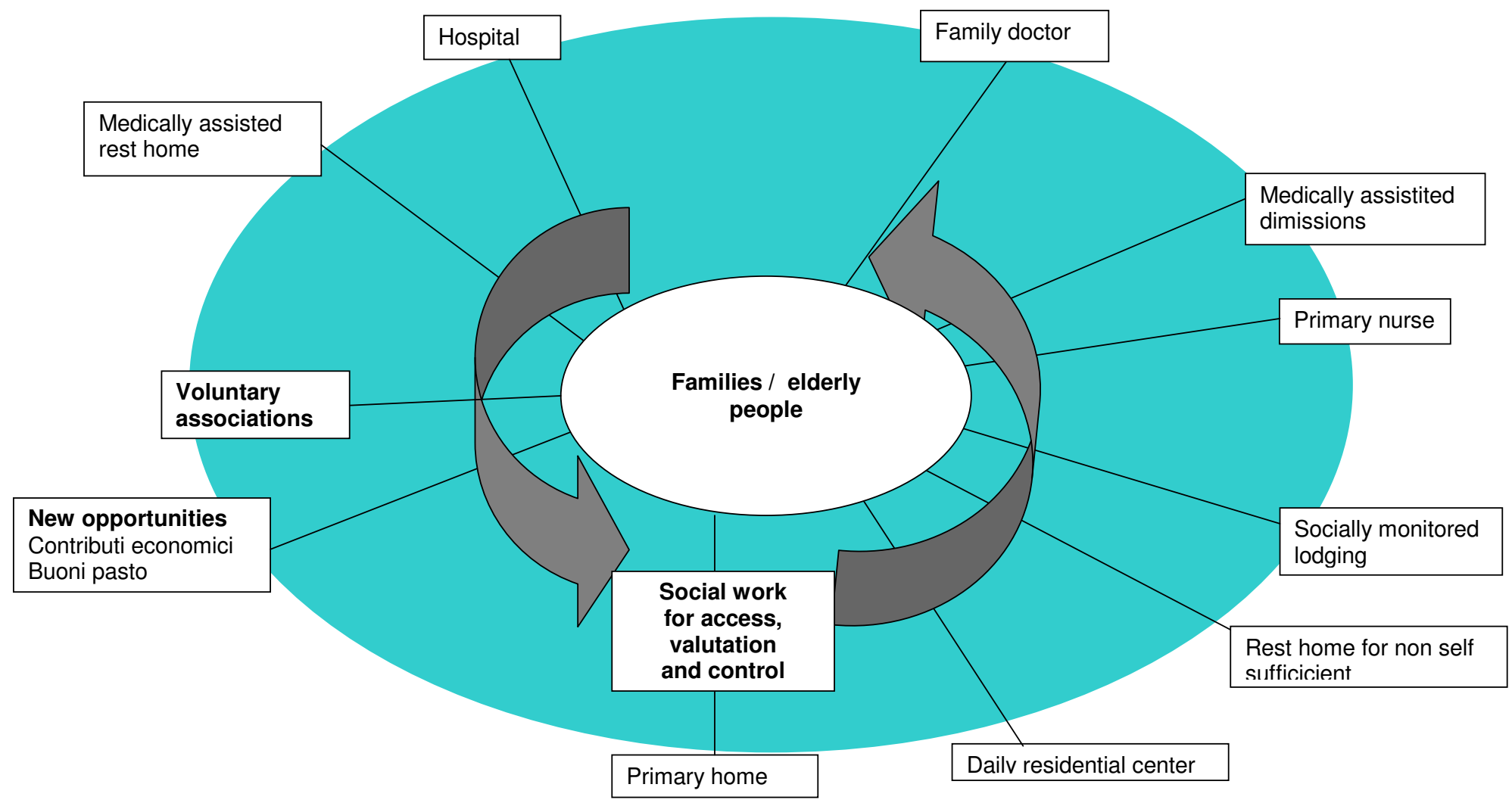
Elderly people protection network Bologna



Elderly people protection network Stavroupoli



Elderly people protection network Islington



I dati raccolti sembrano partire proprio dalla domanda che per anni ha invaso la letteratura di settore: può l'intervento statale in solitaria risolvere i bisogni dei cittadini anziani, come nel caso dell'Inghilterra prima, dell'Italia poi? O in altri termini, come nel caso della Grecia: può un intervento centralizzato garantire in periferia livelli assistenziali minimi, uguali per tutti, a copertura dei bisogni di carattere socio-assistenziale?

Riprendendo parti della introduzione la risposta potrebbe essere caratterizzata da un preciso sistema valoriale di riferimento solidale da cui non si può prescindere affatto. Dove sono tutti gli anziani che hanno particolari difficoltà? Come mai è esploso il fenomeno del badantato straniero, perlopiù proveniente dall'Est europeo, se lo Stato, pur in presenza di una crisi che ha investito la famiglia come luogo di cura principale, ha avuto la presunzione di essere il primo artefice della macchina risoltrice dei bisogni?

I paesi anglosassoni se ne sono accorti per primi, è vero, l'Italia e la Grecia a ruota, anche se per strade diverse e con tempi scansionati, ma emergono elementi comuni che si rilevano con attendibilità, e quindi con poco margine di dubbio, dalla voce degli intervistati:

1. lo Stato da solo non può riuscire a risolvere i bisogni e le necessità di una parte di popolazione, che non richiede esclusivamente cura e assistenza, ma anche solidarietà, affettività, benessere relazionale, accoglienza.
2. I professionisti impegnati nella cura e nell'assistenza, così come appaiono nella rete di protezione, trovano sublimazione nella loro attività durante le ore giornaliere ed escludendo i sabati e i festivi, coprendo un arco temporale limitato, "finito", mentre la comunità vive nel tempo illimitato, infinito.
3. Va quindi evidenziato l'aspetto parziale dell'intervento di rete, da parte dei professionisti, contro la necessità della popolazione fragile di essere accudita in un tempo destinato a perdurare, senza soluzione di continuità.
4. La crescita esponenziale della speranza di vita ha colto tutti impreparati: si vive di più, ma ciò non significa necessariamente che anche la qualità della vita sia migliorata, con dei costi sia sanitari che sociali talmente onerosi da ri-affondare il pensiero comune verso i principi che tenevano legata la famiglia allargata.

5. La politica assistenziale che si sposta dal centro alla periferia, con esclusione della Grecia che sembra ancora lontana da questo modello, come a significare un importante concetto: chi è più vicino al cittadino è anche colui che deve pensare e agire, per aiutarlo.

Ecco perché assume importanza fondamentale la peculiarità gratuita ed informale della comunità nell'intervento di rete, che non deve essere interpretata come una aggiunta all'intervento del Pubblico, in sua sostituzione, ma come una sorta di aiuto che ha la sua natività nella famiglia allargata, in cui reciprocità e solidarietà non hanno mai avuto prezzo né specializzazione.

Come già detto nell'introduzione, dal piano Beveridge ai primi impulsi di comunità dettati dalle esperienze cattoliche del primo novecento, si è osservato un progressivo aumento della statalità dell'intervento a sfavore di impulsi propri della solidarietà spontanea.

Dalla culla alla bara, così sostenevano i sociologi anni 70, con la convinzione tutta statalista della bontà dell'operazione tutela da parte dello Stato-padre, come se la politica sociale potesse fare a meno dell'istanza comunitaria, e di quella spontaneamente cresciuta nei condomini, nei mercati rionali e nelle piazzette di quartiere.

Oggi, nel suo volume "Reti del nuovo Welfare, la sfida dell'e-care" A. Ardigò traccia un'analisi lucida dei modelli di cura legati alle reti, addirittura spingendosi a sostenere che:

"cresce nel Welfare State una straordinaria domanda di comunicazione che costringe tutti a ripensare, anche radicalmente, le forme del rapporto con la gente. Gli sms non sono più un gioco dei teenager, ma uno strumento di comunicazione della Protezione Civile. Il Nuovo Welfare sarà presto sconvolto da questa rivoluzione comunicativa. Cambiano le tecnologie, ma anche le forme organizzative aziendali si trasformano, si orizzontalizzano, stabiliscono nuovi rapporti con le persone.

Un nuovo individuo, qui chiamato Cittadino-Ambiente, dotato di una straordinaria soggettività e di particolari capacità relazionali, è nella scena. La multimedialità crea un nuovo mondo interattivo dopo quello digitale di Internet: il mondo delle cose che parlano e dei servizi virtuali. L'e-Care è questa nuova virtualità, la forma più evoluta della Società in Rete. Il New Welfare del terzo millennio sarà composto soprattutto da Reti che

trasporteranno i servizi alla gente. Attraverso la telemedicina, la teleassistenza, la telecompagnia, il teleascolto, il teleaiuto e la teleinformazione la sanità e l'assistenza arriveranno a casa. Una figura amica, l'operatore del call center e-Care, comparirà in qualsiasi ora del giorno e della notte nello schermo del videotelefono per ogni necessità. Tutto l'impianto della vecchia sanità ospedaliera del XX secolo va ripensato e riprogettato. È quella società empatica dove le barriere delle vecchie autoreferenzialità appaiono ruderi del passato. L'e-Care è il veicolo di transito verso questa straordinaria post-modernità."

Con questo libro l'autore intraprende la difficile esplorazione sociologica della Rete e del Nuovo Welfare, offrendo un originale strumento di conoscenza del mondo della sanità, dell'assistenza pubblica e delle imprese della net economy. Un mondo popolato da vecchi e nuovi poteri, da forme organizzative in continua evoluzione, da una tecnologia in tumultuosa crescita, ma soprattutto da persone portatrici di una straordinaria soggettività. Achille Ardigò, nella prefazione a questo volume, scrive di una moderna società dei servizi "in grado di connettersi con le risorse di affettività".

Pierpaolo Donati, alla conferenza del 2005 a Norcia, sul tema "Welfare, famiglia e sussidiarietà: verso nuove politiche sociali che possono generare benessere comunitario" sostiene che:

"Questa modalità di pensare la politica familiare rifiuta il concetto di "carico familiare" (come se i familiari fossero solo dei "pesi" per gli altri familiari e per la società) e combatte l'assistenzialismo come modalità primaria di erogazione, per promuovere invece la famiglia come soggetto di scelte di politica sociale nelle quali esercita le sue libertà e si assume le sue responsabilità in quanto soggetto titolare di un complesso di diritti-doveri di cittadinanza propria. La famiglia viene considerata, pensata e trattata come risorsa, e non solo come vincolo, e indicata come soggetto potenzialmente attivo, che può far fronte alla sua condizione di bisogno qualora abbia riconosciute le titolarità a diritti che sono, al tempo stesso, titolarità di coesione sociale, solidarietà ed empowerment."

In definitiva il pensiero sostanziato nelle conclusioni, una descrizione del modello di Welfare comunitario, non è altro che una teoria che si basa su prassi presenti in Italia e in Inghilterra sin dagli anni 50, poi progressivamente scomparse per le

ragioni di statalismo centrale già enunciate, fino ad arrivare al sostegno evidente di illustri personaggi come Ardigò e Donati, seppur da strade e con tagli significativamente diversi e supportati da logiche sia di mercato (e-care) sia spontaneistiche (o sussidiarie).

Ancora Donati:

Passare dal welfare mix al welfare plurale (o comunitario ndr) significa compiere due importanti operazioni. La prima è quella di mettere in luce che esiste una pluralità di attori delle politiche sociali che hanno le loro caratteristiche specifiche: lo Stato, il mercato, il privato sociale e le famiglie. La seconda è quella di mostrare che è necessario relazionare gli attori e i loro modi di servire la famiglia secondo una logica societaria, anziché lib/lab. Mentre quest'ultima interviene sulla famiglia per via redistributiva, con il potere della legge e i mezzi del mercato utilizzati dallo Stato, nel quadro delle cosiddette compatibilità sistemiche (limiti della spesa pubblica), la logica societaria consiste nel rendere simmetrici e interattivi i quattro grandi tipi di attori e i loro scambi. In altri termini, attori della politica sociale non sono solo lo Stato e il mercato, ma anche il privato sociale e le stesse famiglie – in quanto quarto sistema o sistema delle famiglie – il che ha molte e diverse implicazioni. Ad esempio, il privato sociale può essere titolare di iniziative ed erogazioni in materie di servizi sociali, previdenza, sanità, e inoltre le famiglie hanno il diritto non solo a scegliere tali servizi, ma anche a diventare stakeholders delle imprese sociali che li erogano...”

A noi sembra che i dati raccolti nella presente ricerca vadano in questa direzione: nei tre Paesi analizzati, appare evidente come le strutture sociali di cura e assistenza non riescono a reggersi esclusivamente sulla base di finanziamenti pubblici e su un meccanismo che coinvolge in prima istanza lo Stato e di conseguenza relativizza l'intervento "sussidiario" della comunità, della famiglia, dei cittadini comuni; ma in realtà l'efficacia di ogni intervento pare proprio legato alla individualizzazione degli interventi, che vengono tracciati sì dall'Assistente Sociale, sulla base di una lettura della situazione individuale che tiene conto di molteplici elementi: dalle risorse familiari, a quelle del buon vicinato o del territorio nel suo complesso, come avremo modo di leggere nella parte successiva.

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

4.1 IPOTESI DI SVILUPPO DEI SERVIZI RIVOLTI ALLA PERSONA ANZIANA NELLE TRE CITTA'

Il punto di partenza consiste nei problemi oggettivi che permeano i diversi paesi, i quali determinano la domanda potenziale di servizi sociali. Il riferimento è che ormai in tutta Europa si parla di:

- invecchiamento della popolazione;
- disagio e devianza giovanile;
- povertà ed esclusione sociale.

Tali fenomeni si intrecciano fra loro e con la solidità della famiglia, come struttura capace di rispondere ai bisogni insorti.

Il passaggio successivo riguarda in maniera cruciale, l'interazione tra la domanda potenziale e il retroterra culturale di ogni paese, in particolare per quello che riguarda la concezione della famiglia e delle responsabilità familiari. Tale retroterra determina le varie reazioni che un medesimo bisogno può suscitare, tant'è che possono risultare estremamente diverse: dall'essere ignorato sino ad acquisire un rilievo fondamentale.

La cultura dei paesi è decisiva affinché le esigenze siano socialmente riconosciute. Essa risulta favorevole allo sviluppo dei servizi sociali nei paesi dove l'enfasi sull'individuo e sui diritti di cittadinanza sono più accentuati (Inghilterra) mentre si ha la situazione opposta laddove l'unità sociale fondamentale resta ancora la famiglia tradizionale (Italia e Grecia) con i suoi compiti di cura tramandati da generazioni.

In ogni caso, alcune considerazioni sono utili per dimostrare anche che la diversità profonda di un tempo tende ad assottigliarsi.

Dagli elementi raccolti, infatti, si può comprendere che le tre città tendono a considerare:

- il cittadino non solo come utente;

- la rete dei servizi non si rivolge solo agli ultimi (soprattutto a Bologna e Stavroupoli);
- l'assistenza non è solo sostegno economico;
- l'approccio non è solo riparatorio;
- il disagio non è solo economico;
- gli interventi sociali non sono opzionali.

Colpisce anche un altro fatto: al centro dell'intervento di ogni servizio delle 3 Municipalità non c'è la famiglia nel suo complesso, ma la persona che presenta il disagio, per cui i servizi sono suddivisi per categoria: disabili, anziani, tossicodipendenti, etc...

In realtà, il sistema integrato di interventi e servizi sociali bolognese e di Stavroupoli tende ad evolversi lungo una direttrice di tipo "comunitario" che può essere così delineata:

- da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;
- da interventi prevalentemente monetari a un insieme (integrato) di trasferimenti monetari e servizi in rete;
- da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti personalizzati;
- dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale;
- da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale.

Inoltre è bene precisare che a sostenere le persone in difficoltà concorre una moltitudine di professioni, unitamente a soggetti che collaborano diversamente secondo la propria specificità: ente pubblico, privato sociale, volontariato ecc.

Infine, dalla normativa (si veda capitolo 2), si comprende tutta la complessità in cui si muove ogni ente, che rende altrettanto complesso il programma di definizione dei propri interventi finalizzati a prevenire, attenuare e recuperare il disagio della popolazione cosiddetta fragile.

4.2 UNA NUOVA DIMENSIONE RELAZIONALE CONTESTUALIZZATA NEL TERRITORIO

Nel contesto del mercato dei servizi alla persona, il settore anziani ha evidenziato delle evoluzioni rapide quanto contrastanti, subendo processi di accelerazione con la comparsa della nuova figura a domicilio del personale di cura di provenienza straniera.

Come emerge anche dai diversi contributi prodotti nell'ultimo periodo, l'attuale sistema dei servizi (così come oggi è composto e articolato) pare non corrispondere pienamente alle esigenze delle famiglie. Non solo necessita di essere ripensato nella sua originaria impostazione, ma chiama i diversi attori del territorio a riformulare ipotesi di offerte ai cittadini (connotate da elevata flessibilità, iper - segmentazione, facilitazioni all'accesso) per corrispondere ad una domanda fortemente eterogenea, composita, non sempre definita, differenziata per livelli di bisogno, competenze e risorse.

Naturalmente, analoghe riflessioni si possono applicare anche ad altri ambiti cioè non solo a quello degli anziani: più in generale a tutte quelle famiglie che si trovano a dover affrontare situazioni di particolare carico assistenziale, sia per disabilità sopraggiunte, malattie invalidanti etc...

Dalle analisi effettuate in questa sede, ci pare che, in generale, nei tre territori il sistema dei servizi socio assistenziali sia strutturato per rispondere ai bisogni che i cittadini esprimono (al tal bisogno si risponde impostando il tal servizio) e non anche immaginato come specchio di una cultura di territorio, di un modo di interpretare la responsabilità sociale dei problemi che attraversano una comunità.

In altri termini: si tende a far coincidere la soluzione del problema con la richiesta di ottenere la soluzione adeguata. Si tratta di una pretesa che trova le sue radici nella cosiddetta "razionalità strumentale", ossia in una fede cieca nell'onnipotenza tecnologica che induce a credere che per ogni problema si possa trovare la soluzione. Sappiamo che non è così. Diventa pertanto necessario, in un contesto in cui crescono i malesseri, si moltiplicano le richieste d'intervento, si chiede di riparare i danni, si diversificano gli interessi particolari e sfumano gli interessi comuni, riproporre ai territori la possibilità di entrare in un contatto più ravvicinato

con il disagio presente nella convivenza quotidiana e cercare di attivare il coinvolgimento e la partecipazione della comunità locale.

Per ragioni storiche e culturali è ovvio che la società italiana e quella greca si prestano maggiormente a modifiche di questo tipo, mentre quella britannica, più "autosufficiente" ed "autoreferenziale" tende a delegare la soluzione dei problemi agli enti preposti.

Numerosi studi recenti sostengono l'aumento della speranza di vita senza infermità; il legame quindi tra invecchiamento della popolazione ed aumento delle situazioni di dipendenza deve essere rivisto in prospettiva. Per questo, già nel 1990, gli Affari Sociali Europei proposero una assicurazione per la dipendenza, organizzata dalle mutue in un quadro di assicurazione libera complementare.

L'assistenza domiciliare rappresenta un significativo esempio della presenza dei servizi pubblici nei tre modelli: a Bologna la percentuale di persone prese in carico rispetto alla totalità della popolazione anziana è intorno al 3%, mentre a Stavroupoli non arriva al 2 (anche per via di un relativo invecchiamento della popolazione). A Islington invece supera il 4%, pur non avendo degli indici di vecchiaia particolari come quelli italiani.

Dunque ai servizi spetta ripensare la propria funzione: passare da agenzie specializzate nel trattare e risolvere i problemi a luoghi in cui si elaborano conoscenze e si aggregano risorse per contrastare i fenomeni di disagio sociale e relazionale inscritti nelle dinamiche della convivenza. In effetti, in un mondo ideale, i servizi sociali quasi non esisterebbero in quanto i cittadini costruirebbero legami di vicinato, di reciprocità, di mutuo-aiuto.

"Legami" rimanda al tema della rete, che tanto si usa negli ultimi tempi: rete di servizi, rete di conoscenze, rete di opportunità...

Nella pratica del lavoro sociale, la prospettiva dell'intervento di rete rappresenta l'apertura di orizzonti nuovi.

Serve per:

- ❖ collocare ogni specifico intervento in una più ampia prospettiva, aperta ad accogliere sia i diversi contributi di operatori di differenti servizi del territorio, sia le collaborazioni dei componenti della rete relazionale della persona;

- ❖ facilitare il confronto di ogni operatore con chiavi di lettura e approcci metodologici diversi dal proprio, favorendo, in tal modo, la costruzione di interventi più completi mediante l'ottimizzazione delle risorse. La costruzione di convergenze nel generare nuovi legami sociali consente, infatti, di evitare la dissipazione di risorse prodotta dalla frammentazione sociale ma anche di mobilitare energie sopite e latenti nei contesti locali;
- ❖ dare maggiori occasioni alle persone di rendersi protagoniste della propria storia incentivando lo sviluppo di risorse proprie e un ruolo attivo nei percorsi di soluzione dei problemi.

D'altro lato la rete che più ci sembra utile ampliare e rinsaldare è la rete di legami personali, di sostegno reciproco fra le persone e per le persone: qualunque rete, se non sono funzionale a questa, presenta vuoti o lacune da qualche parte.

In sintesi:

In questo processo, che potremmo definire di <<riappropriazione>> da parte della comunità del disagio che essa stessa produce, i servizi svolgono una funzione importantissima, una funzione di cui non possiamo più fare a meno: far sì che i problemi dei singoli diventino problemi di tutti, non solo perché è giusto che tutti se ne facciano carico, non solo perché in qualche modo arrivano a toccare tutti, ma anche perché occorre l'apporto di tutti per riconoscerli, nominarli e gestirli". E' ovvio che dipende dalle culture, ma i costi di gestione di un sistema di welfare che si assume tutte le responsabilità di rispondere ai bisogni degli anziani tramite il pubblico, è un percorso ormai chiuso e superato. E' la comunità la vera risorsa.

4.3 PER UNA NUOVA CULTURA DELLA RELAZIONALITA' NEI SERVIZI PER ANZIANI

La tutela della salute, la cura degli anziani possono essere perseguite tanto più efficacemente quanto più i diversi attori sono collegati tra di loro positivamente e coinvolti nella costruzione di rappresentazioni nuove di ciò che può essere considerato <<bene comune>>. In questo senso si può affermare che uno dei compiti più delicati, ma anche più cruciali, oggi per servizi e assistenti sociali, sia quello di assumere come oggetto di lavoro il problema della coesione sociale.

E' dunque a partire da questo assunto, generato dalla ricerca, che ci siamo avviati a costruire l'ipotesi di lavoro che proponiamo di seguito. Abbiamo cercato di delineare il Sistema di riferimento attorno al quale costruire un percorso di lavoro ancora aperto, bisognoso di aggiustamenti, riattraversamenti, condivisioni... che tuttavia si ponga come obiettivo il sostegno a una nuova modalit  di gestione dell'anziano a domicilio.

Il centro   rappresentato dalla diade famiglia/anziano, protagonista attiva nella co-costruzione del percorso di assistenza.

La zona grigia rappresenta, per l'efficacia del sistema, lo scarto tra domanda e offerta di servizi (all'abbondanza di offerte, come abbiamo visto, non sempre corrisponde una fruizione efficace da parte dei cittadini), a causa della scarsa connessione fra le reti, della non consapevolezza delle risorse disponibili, della sovrapposizione fra interlocutori e servizi:   su questo gap che occorre lavorare.

Occorre pertanto assumerne i bisogni in una dimensione globale, socio - sanitaria, creando integrazione fra tutte le figure professionali e non, che in vario modo si occupano dell'anziano.

Dal nostro punto di vista particolare attenzione va posta al territorio, alle realt  dove le persone vivono, lavorano, trascorrono il loro tempo libero, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita della popolazione e favorirne il mantenimento o il riacquisto della salute. Intervenire in questa direzione richiede una sinergia tra le azioni svolte dai diversi attori della comunit  locale, la valorizzazione della rete di relazioni socialmente significative per promuovere solidariet  e operativit . Questa strategia, che assegna alla micro-societ  delle circoscrizioni, dei quartieri, delle zone, delle vie, un ruolo pi  attivo, pu  consentire di raggiungere anche i soggetti socialmente pi  deboli. Si creano cos  "legami" che consentono alla comunit  stessa di costruire "rete di risorse" a sostegno della persona e della sua famiglia...una sorta di rete allargata di vicinato, di condivisione, nell'ambito del sistema di protezione sociale, come anche previsto nella 328/00 italiana ma anche in quella greca sempre pi  tesa a delegare al governo locale la responsabilit  di costruire risposte efficaci.

E qui ci sia consentito aprire una piccola parentesi, apparentemente impropria, riguardo all'aspetto urbanistico delle nostre citt , quale tassello imprescindibile

nella costruzione di quelle premesse anche strutturali, ambientali, organizzative e logistiche, oggi fondamentali per favorire coesione sociale e integrazione fra i cittadini.

Non è solo una questione "sociale" il problema degli anziani e/o dei disabili, e della loro "domiciliarità"; come non è solo una questione da piano urbanistico progettare i luoghi di strade, di palazzi, di marciapiedi, di centri commerciali; è non più solo un tema da attività produttive la scelta del cosa fare del centro storico, delle sue botteghe, dei suoi negozi....

La nuova organizzazione del welfare municipale inizia, o forse ricomincia, anche da questi aspetti, anzi forse in primis: esistono molti modi di progettare le abitazioni e le città, ci sono modi che facilitano le relazioni fra le persone e altri che le ostacolano. Quindi il piano urbanistico è anche un piano sociale: progettare la città che vorremmo ha a che fare con i Piani Sociali di Zona e viceversa. Ecco quindi la necessità di attuare e integrare tutti gli interventi che favoriscono le connessioni: anche il luogo come si acquista il pane e il formaggio, sono un punto di riferimento per l'anziano, per le chiacchiere, l'incontro...la socializzazione, lo scambio...l'auto - aiuto.

Ecco dunque che il territorio è il luogo fondamentale dove recuperare la dimensione pubblica, dove a fianco dei compiti istituzionali che devono essere garantiti dall'agire delle pubbliche istituzioni, vanno attivate le risorse del volontariato organizzato, l'impegno del privato sociale come la partecipazione dei singoli. Attribuire ad un territorio e ad una comunità locale alcuni interventi a sostegno della domiciliarità significa riconoscerli come cardine di una visione sociale, per fare della comunità locale il luogo dove ripensare e progettare una rete informale che mantenga il legame con le persone, valorizzi le potenzialità esistenti e stimoli la necessaria riflessione.

Territorio quindi inteso come luogo dove le relazioni del vivere quotidiano prendono forma; come collegamento dei servizi alla comunità locale e come radicamento di azioni volte a sviluppare legami sociali e di reciprocità.

D'altro lato, pensando all'offerta dei servizi presente sul nostro territorio, scopriamo che non tutti viaggiano a pieno regime; che esistono strutture che non coprono i massimi della capienza, che sono molte le imprese, anche del terzo

settore, che offrono servizi assistenziali ai cittadini e ancor più le associazioni e i gruppi formali e informali che a vario titolo operano nei diversi luoghi.

Viene sottolineato da più parti come ciò che spesso difetta è il livello informativo, la collaborazione e l'integrazione fra quanto già esiste. Quante organizzazioni operano in modo sconnesso da altre, magari sovrapponendosi per alcune parti?

Se è vero come è vero che in ambito sociale i progetti/le azioni si avviano solo se i diversi soggetti chiamati in causa si riconoscono negli obiettivi e nel senso complessivo del lavoro, allora le connessioni tra e con i vari attori sociali, la costruzione di reti di risorse per avviare e sostenere i progetti, le quotidiane negoziazioni con i vari interlocutori, risultano imprescindibili.

Dunque è necessario, per la gestione/ risoluzione dei problemi sociali costruire contesti dialogici dove i diversi punti di vista si confrontano, le differenti conoscenze trovano espressione e parole e dove ognuno può dare una sua rappresentazione del problema.

4.4 LA RETE

Dunque un "contesto dialogico" che proponiamo di costituire e che sottoponiamo all'attenzione comune, in coerenza con quanto sostenuto in queste pagine, è un "servizio sociale di comunità", ossia un servizio capace di svolgere una funzione di connessione e collegamento fra le reti, di favorire (attraverso la mediazione delle varie informazioni) processi di prevenzione, di facilitare relazioni costruttive, di incentivare la promozione di socialità. Insomma un luogo di prevenzione del disagio, snodo di connessione, capace di operare nella cosiddetta "zona grigia" di cui al network di protezione dell'anziano a pag. 40.

Si potrebbe in tal modo dare concretezza a quella funzione di orientamento familiare e di accompagnamento alla gestione integrata, socio – sanitaria, della cura all'anziano, oggi quasi completamente delegata ai singoli nuclei familiari e alle loro specifiche risorse.

Il Servizio sociale di comunità potrebbe anche operare per sostenere le persone nello sviluppo delle proprie potenzialità, nello svolgere un ruolo attivo nei percorsi di soluzione ai problemi, nel facilitare processi di rilettura di fallimenti ed errori in una dinamica costruttiva e positiva.

Naturalmente per rendere praticabile l'ipotesi appena formulata occorre rivedere anche il ruolo e le funzioni degli operatori sociali in genere (pubblici e privati) operanti in tutti i settori sociali e in modo particolare nell'area degli anziani.

Seguendo tale idea, il ruolo dell'assistente sociale dovrebbe prioritariamente essere quello di mantenere vivi gli spazi di dialettica tra i vari attori, seguaci di logiche differenti e appartenenti a culture eterogenee.

Si tratta cioè di creare delle <<ricomposizioni per cooperazione>> in cui siano possibili degli scambi non solo sul che cosa fare a fronte del problema urgente, ma sul come vengono visti e valutati i fenomeni che caratterizzano in generale e in particolare le situazioni su cui ci si propone di intervenire: sviluppare una sorta di ricognizione del campo in cui si opera, rivolta non tanto a ridisegnare e ribadire i confini dei diversi ambiti di competenza, ciò che spetta agli uni e agli altri, ma piuttosto orientata a ricercare e negoziare delle rappresentazioni dei problemi e soprattutto delle loro priorità.

Insomma, gli assistenti sociali non dovrebbero più essere considerati professionisti formati a sistemare una serie di situazioni difficili, bensì accompagnatori di processi sociali volti ad aiutare il contesto locale ad entrare in contatto con la complessità dei problemi.

Possiamo parlare di una diversa modalità di esercizio del ruolo sociale dell'assistente sociale. Ciò a cui pensiamo potrebbe essere un assistente sociale di zona, esperto nell'integrazione delle offerte di servizi presenti sul territorio, a sostegno del nucleo familiare. In altri termini un tutor familiare, competente nella costruzione di mediazioni e negoziazioni tra più soggetti differenti, formato a considerare come suo cliente prioritario la famiglia e quindi il contesto sociale.

Il lavoro di rete inteso non solo come riconoscimento e legittimazione ad agire, ma come sviluppo di una attivazione sistemica di risorse e competenze in vista di obiettivi comuni è un cammino ancora poco praticato.

Abbiamo visto come ancora i problemi vengano affrontati attraverso scomposizioni, scissioni, separazioni, piuttosto che attraverso connessioni, saldature, ristrutturazioni.

Sembra più facile pensare di affrontare i problemi sociali buttando via ciò che è rotto comprando ciò che è nuovo piuttosto che assumere la logica del restauratore che con grande pazienza e amore per ogni dettaglio, conserva tutto (perché ogni

dettaglio assume un grande valore) e prova ad abbellire ciò che sembra ormai da buttare.

Questa metafora ci aiuta, ancora una volta, a sottolineare la necessità di lavorare fra soggetti e partner diversi per operare confronti e negoziazioni tra raffigurazioni dei problemi, linguaggi, concezioni valoriali differenti, negoziazioni utili a trovare strategie d'azione sufficientemente condivise. Tutto questo richiede tempi lunghi, spesso produce esiti inattesi e talvolta opposti alle aspettative, tuttavia è solo percorrendo questa strada che sarà possibile gestire in modo efficace i problemi che attraversano i nostri contesti.

Ci sembra infatti urgente, seppur complesso, stabilire relazioni fiduciarie con i cittadini di una comunità. Occorre non dar nulla per scontato: la condivisione di senso e di significati attorno alle azioni avviate sono prerequisiti necessari per costruire le reti ma non sono dati in natura. Dipendono dalle storie dei territori, dalle consuetudini sociali maturate nel tempo dentro i singoli contesti (spesso tramandate di generazione in generazione), dalle sottoculture serpeggianti, che fanno vedere l'altro prima ancora che come una occasione per conoscere come un pericolo da cui difendersi; e dalle macro culture mediatiche, invadenti i nostri spazi di pensiero e di emozione.

I servizi oggi sono il bacino collettore in cui si accumulano i disagi più penosi e inestricabili vissuti da famiglie e gruppi sociali. Forse è inevitabile che ciò accada: questa funzione di accogliere (e quindi anche raccogliere) il malessere presente nel contesto sociale è centrale per la convivenza, per una convivenza umana e civile.

Ai servizi non è tanto chiesto di sistemare e risanare, quanto di rimettere almeno alcune problematiche in primo piano, riconsiderarle ed esporle, in modo tale che esse siano rappresentabili e rappresentate agli occhi della gente, di ampi strati della popolazione, dei diversi attori sociali e istituzionali, in modo da poter essere affrontate non solo attraverso schieramenti di posizioni precostituite, ma anche con scoperte ed invenzioni di saperi e di risorse.

I servizi, pubblici e privati, gli operatori e i responsabili che da anni lavorano con le sofferenze e i disagi, sono probabilmente più di altri in grado di assumere questo ruolo, riproponendo i problemi laddove si sono generati chiamando in causa chi ha

ruoli di governo e facendosi promotori e garanti dell'istituzione nella comunità locale di ambiti di ascolto e comunicazione;
offrendo contributi per arrivare a delle letture dei problemi che tengono conto degli aspetti complessi e irriducibili e che individuino dei modi ragionevoli per gestirli.

BIBLIOGRAFIA

- I Servizi Sociali in Europa*, a cura di Cristiano Gori, Carocci, 2001
- Le dinamiche assistenziali in Europa*, a cura di Chiara Saraceno, Il Mulino, 2004
- European Social Work: commonalities and difference*, A. Campanini – E. Frost, Carocci, 2003
- Presupposti metodologici per la comparazione del Servizio Sociale a livello europeo*, in Esperienze Sociali, Lumsa, luglio 2004
- La rete dei servizi alla persona*, F. Franzoni – M. Anconelli, Carocci, 2003
- Il Welfare mix in Europa*, U. Ascoli – C. Ranci, Carocci, 2003
- Gli anziani in Europa, Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto*, De Vincenti C., prefazione di Ruffolo G., IX Rapporto CER-SPI, Laterza, 2000.
- Il diritto dell'anziano a vivere nel proprio ambiente*, atti del Convegno-studio tenutosi a Firenze il 17-18 Gennaio 2001.

Siti internet

- Servizio Sociale in Gran Bretagna: www.communitycare.co.uk
- Dossier di politica sociale: www.ise-europa.it/inserto/polsociale.htm
- Sociale care in Europe, Commissione Europea: www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/
- Principali Istituti di Statistica Nazionali:
- <http://europa.eu.int/eures/main.jsp?acro=links&orgTypeId=50&lang=it>
- Servizi informativi europei:
- http://europa.eu.int/index_it.htm
- Documenti UE in materia di anzianità:
- <http://europa.eu.int/geninfo/query/resultaction>
- www.statistics.gr
- <http://www.over50.gov.uk/>
- <http://www.alzheimers.org.uk>
- <http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page>
- <http://www.islington.gov.uk/Search/results.asp?query=elderly>
- www.eurocities.org

Si ringrazia: Tony Swash, città di Islington; Maria Papadoupolo, città di Stavroupoli

LE ALTRE LEGGI IN MATERIA DI WELFARE

Altre leggi in Italia:

ARTICOLI TRATTI DALLA COSTITUZIONE ITALIANA

Art. 2. - La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalita', e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarieta' politica, economica e sociale.

Art. 3. - Tutti i cittadini hanno pari dignita' sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione; di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la liberta' e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 38. - Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi, adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidita' e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata e' libera".

Art. 117. - La regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre regioni: beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera..."

Le leggi della Repubblica possono demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione".

N:B: L'art. 117 è stato interamente modificato dal testo di legge costituzionale "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", pubblicato nella G.U. n. 59 del 12 marzo 2001.

NORMATIVA SULLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Legge 17 luglio 1890, n. 6972, Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 22 luglio 1890, n.171.

Decreto del Presidente della Repubblica del 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 agosto 1977, n. 234, supplemento ordinario.

Legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 22 agosto 1978, n. 233.

Legge 23 agosto 1988, n. 400, Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 12 settembre 1988, n. 214, supplemento ordinario.

Legge 7 agosto 1990, n. 241, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 18 agosto 1990, n. 192.

Legge 8 giugno 1990, n. 142, Ordinamento delle autonomie locali" (Gazzetta Ufficiale del 12 giugno 1990, n. 135, supplemento ordinario), modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265, Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli enti locali, nonché' modifiche alla legge 8 giugno 1990, n. 142, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 6 agosto 1990, n. 183, supplemento ordinario.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992, n. 305, supplemento ordinario, modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (Gazzetta Ufficiale del 16 luglio 1999, n. 165, supplemento ordinario),

Decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socio-assistenziale, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 gennaio 1993, n. 14,

convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 2, della legge 18 marzo 1993, n. 67 (Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 1993, n. 66).

Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 febbraio 1993, n. 30, supplemento ordinario.

Legge 23 dicembre 1996, n. 662, Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1996, n. 303, supplemento ordinario

Legge 15 marzo 1997, n. 59, Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 marzo 1997, n. 63, supplemento ordinario.

Decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, Attuazione della delega conferita dall'art. 3, comma 3, lettera d), della legge 8 agosto 1995, n. 335, in materia di potenziamento delle attività di controllo sulle prestazioni previdenziali ed assistenziali di invalidità e inabilità", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 giugno 1997, n. 137

Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 agosto 1997, n. 202.

Legge 27 dicembre 1997, n. 449, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1997, n. 302, supplemento ordinario.

Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, Definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'art. 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 aprile 1998, n. 90.

Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I

della legge 15 marzo 1997, n. 59, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 21 aprile 1998, n. 92, supplemento ordinario.

Legge 30 novembre 1998, n. 419, Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1998, n. 286.

Decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2000, n. 2.

Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, pubblicato nella G.U.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 giugno 2001, n. 129.

Decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328, pubblicato nella G.U. n. 126 del 1 giugno 2001

Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, 3 aprile 2001

NORMATIVA SUL TERZO SETTORE

Legge 7 dicembre 2000, n. 383, Disciplina delle associazioni di promozione sociale, G.U. n. 300 el 27 dicembre 2000.

FENOMENI SOCIALI E PROBLEMI

Regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838 e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, Norme sull'assistenza degli illegittimi, abbandonati o esposti all'abbandono, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 10 giugno 1927, n. 126.

Legge 6 dicembre 1928, n. 2838, Conversione in legge del regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, concernente l'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono.

Legge 10 febbraio 1962, n. 66, Nuove disposizioni relative all'Opera nazionale per i ciechi civili, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 7 marzo 1962, n. 61.

Legge 30 aprile 1969, n. 153, Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 1969, n. 111, supplemento ordinario.

Legge 26 maggio 1970, n. 381, Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 23 giugno 1970, n. 156.

Legge 27 maggio 1970, n. 382, Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 23 giugno 1970, n. 156.

Legge 30 marzo 1971, n. 118, Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 2 aprile 1971, n. 82.

Legge 6 dicembre 1971, n. 1044, Piano quinquennale per l'Istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 15 dicembre 1971, n. 316.

Legge 11 febbraio 1980, n. 18, Indennita' di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 14 febbraio 1980, n. 44.

Legge 4 maggio 1983, n. 184, Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 maggio 1983, n. 133, supplemento ordinario.

Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 24 ottobre 1988, n. 250, supplemento ordinario.

Decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 24 ottobre 1988, n. 250, supplemento ordinario.

Legge 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'11 giugno 1991, n. 135, supplemento ordinario.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 febbraio 1992, n. 39, supplemento ordinario

Legge 8 agosto 1995, n. 335, Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 16 agosto 1995, n. 190, supplemento ordinario.

Legge 15 febbraio 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 20 febbraio 1996, n. 42.

Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 5 settembre 1997, n. 207.

Legge 23 dicembre 1997, n. 451, Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1997, n. 302.

Decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento, a norma dell'art. 59, commi 47 e 48, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 luglio 1998, n. 167.

Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 18 agosto 1998, n. 191, supplemento ordinario.

Legge 3 agosto 1998, n. 296, Disposizioni concernenti gli organismi internazionali e istituti italiani di cultura all'estero, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 20 agosto 1998, n. 193.

Legge 31 dicembre 1998, n. 476, Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di

adozione di minori stranieri, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 12 gennaio 1999, n. 8.

Gran Bretagna

Health Act 1999;

National Health Service (Private Finance) Act 1997;

National Health Service (Primary Care) Act 1997;

National Health Service (Residual Liabilities) Act 1996;

Health Authorities Act 1995;

National Health Service and Community Care Act 1990;

Health and Medicines Act 1988;

Hospital Complaints Procedures Act 1985;

Health and Social Security Act 1984;

Health Services and Public Health Act 1968; and

Ministry of Health Act 1919.

Consolidation of NHS law in England and Wales: Published 17 February 2006.

Health Bill (76) Published: 27 October 2005.

NHS Redress Bill 2005(137)

Health Protection Agency Act 2004

Health Act 1997

Children Act 1989

Mental Health Act 1983

The Mental Health Act 1983

Grecia

Loi n° 3144 du 8 mai 2003 concernant le dialogue social pour la promotion de l'emploi et de la protection sociale et autres dispositions.

Ephimeris tis Kivernisseos, Partie A, 2003-05-08, n° 111 (PRINCIPI GENERALI..)

Décret présidentiel no 67 du 29 février 2000 sur la définition des obligations et de la responsabilité des organismes d'assurance-maladie, des médecins traitants et des médecins contrôleurs, ainsi que des pharmaciens, et l'imposition de sanctions aux contrevenants.

Arrêté no F7/1624 du 4 novembre 1999 concernant les services de médecine préventive octroyés aux assurés du secteur public et des caisses d'assurance.

Arrêté no 35/1385 du 1er septembre 1999 portant approbation du Règlement de la Section Santé de l'Organisation d'Assurance des Professions Libérales (O.A.P.L.).

Loi no 2956 du 6 novembre 2001 concernant la restructuration de l'OAED et autres dispositions

Décret présidentiel no 68 du 29 février 2000 concernant l'application de l'article 8 de la loi no 1469/84 sur la valorisation du stage d'assurance facultative ou du stage minimum de retraite, conformément aux dispositions des articles 1 et 5 de ladite loi.

Loi no 2676 du 31 décembre 1998 sur la restructuration organique et fonctionnelle de certaines caisses de sécurité sociale.

Arrêté no 407756/6081. Programme de retraite anticipée des agriculteurs pris en application du règlement no 2079/92/CEE.

Loi no 2736 du 24 août 1999 concernant les programmes de logement, élaborés par l'Organisation du Logement des Travailleurs et autres dispositions.

Arrêté no 3084 du 5 juillet 1999 concernant l'augmentation des allocations de prévoyance octroyées aux personnes ayant des besoins spéciaux

Loi no 2227 sur l'augmentation des pensions de vieillesse.