

Il settore socio-sanitario: nuova questione sociale? Tra valori, diritti e convenienze

Massimo Campedelli

RPS

1. Un'area di confine

Il settore socio-sanitario, area di confine in crescita, sembra assumere in sé sia le contraddizioni della sanità come quelle del settore socio-assistenziale, ovvero è divenuto un luogo operativo, economico, istituzionale, culturale e normativo di trasformazione/evoluzione/involuzione dei diritti costituzionalmente sanciti, quindi della cittadinanza sociale.

Il difficile e complesso rapporto tra sociale e sanitario, in termini di definizione, di assetti e competenze istituzionali, di culture organizzative, di risorse investite, di interessi privati profit e non-profit operanti, di relazioni sindacali e sistemi contrattuali, ecc., è, a nostro parere, una delle chiavi interpretative della stessa evoluzione del welfare, quantomeno italiano, se non europeo.

La differenziazione/integrazione tra sanitario e sociale, stabilita dalla normativa sanitaria (cfr. riquadro in fondo, *n.d.r.*) – con la suddivisione in prestazioni sociali a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, e prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria – è certamente un punto di riferimento in questa discussione ma, al contempo, credo che non si possa perdere di vista come essa sia il risultato di un complesso processo e, in quanto tale, sia da considerare contingente in sé e per sé, come ci indicano le culture alla base di alcune sperimentazioni gestionali in corso nel nostro paese, quali ad esempio le Società della Salute toscane. Crediamo, in sintesi, che lo stesso concetto politico di socio-sanitario necessiti di un confronto puntuale per arrivare ad una visione teorica adeguata ad interpretare correttamente quanto si muove nelle evoluzioni del welfare.

2. Dalla 328, un'agenda delle questioni

In quanto punto paradigmatico, alcune considerazioni sullo stato di attuazione della legge 328 del 2000 possono aiutarci nel definire una

seppur parziale agenda dei temi da affrontare. Accenno alle questioni che mi sembrano più stringenti e che saranno poi approfondite nelle relazioni e nei contributi che seguiranno.

L'universalismo selettivo, la personalizzazione degli interventi, la promozione, partecipazione ed emancipazione dei cittadini e delle famiglie destinatarie dei servizi, la compartecipazione equa alla spesa per le prestazioni, la sussidiarietà orizzontale e verticale, la territorialità, la programmazione partecipata, l'informazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi, trovano nella integrazione tra sociale e sanitario *in primis* – ma anche tra sociale e politiche del lavoro, educative, abitative, ecc. – uno dei fuochi centrali del progetto di dare certezza ai diritti sociali ed efficacia alle azioni che allo scopo vengono realizzate, delineato dalla legge quadro.

Tale progetto, come sappiamo, ha trovato non poche difficoltà.

A pochi mesi di distanza dal varo della legge 328/2000 fu approvata la riforma federalista della Costituzione con la modifica del Titolo V. Ciò ha determinato, alla luce di una diversa impostazione del criterio di esclusività della competenza legislativa – peraltro disomogeneo rispetto a quanto stabilito per la sanità – accompagnata dalla previsione della autonomia finanziaria, insieme alla costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà, una radicale revisione e riduzione del ruolo dello Stato e un uguale ampliamento del ruolo delle Regioni e degli Enti locali.

Insieme ad alcuni elementi di natura finanziaria, la competenza più significativa rimasta in capo all'autorità centrale è la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. Da un punto di vista strettamente giuridico, tale concetto necessita un approfondimento e un monitoraggio di quanto in campo costituzionale si dibatte.

Possiamo dire che cinque sono le possibili declinazioni che essi possono avere: diritti soggettivi esigibili, tipologie di servizi/prestazioni offerte, standard quantitativi di servizi/prestazioni offerte, livelli di qualità dei servizi/prestazioni offerte, livelli di spesa per determinate aree di bisogno o di servizi.

Se nel corso della precedente legislatura, sulla questione dei livelli essenziali si è vista una sostanziale latitanza del governo centrale nell'espletamento della responsabilità di definirli, non si può non segnalare che parallelamente si è sviluppata una evidente differenziazione di concezioni da parte delle Regioni centrata alternativamente o sulla compatibilità delle risorse o sulla corrispondenza alle necessità delle persone, sul riconoscimento dei bisogni, sulla appropriatezza.

Il nodo economico, ovvero della certezza delle risorse, peggiorato nel corso del tempo da tagli ingenti dei trasferimenti dallo Stato alle Regioni e agli enti locali¹ – contemporanei, peraltro, all’attribuzione di ulteriori nuove competenze – è stato certamente uno, se non il principale, degli ostacoli alla approvazione dei Lep. Con l’ultima Finanziaria, questi tagli sono stati eliminati.

La riforma del Titolo V pone però altri problemi legati propriamente alla funzione dei Lep (Livelli essenziali delle prestazioni, *n.d.r.*).

Nel campo sociale – ma questo vale anche, seppur in misura diversa, per quello sanitario –, infatti, la certezza di un diritto è determinata in modo significativo dalla fruibilità (e dalla competenza, quindi non solo dalla titolarità), in altri termini dalla organizzazione, dalla progettualità e capacità gestionale, dalla professionalità, dalle relazioni che intercorrono nel sistema – rete – dei servizi, è cioè l’esito di un complesso gioco di variabili che rende più o meno effettivo quel diritto.

La competenza legislativa esclusiva delle Regioni, insieme alla competenza amministrativa dei Comuni, comporta uno stridente rischio di perpetuare lo svuotamento del principio di uguaglianza, in quanto determinato dalla impossibilità di garantire uniformità di risposta nella diversità organizzativa dei territori regionali e locali.

Che il dibattito in materia di livelli essenziali sociali si sia concentrato, tra gli operatori e gli amministratori, principalmente sul comma 4 e non sul comma 2 dell’art. 22, ci pare al riguardo sintomatico. Il primo indica che ogni ambito territoriale veda attivo il servizio sociale professionale e il segretariato sociale, il servizio di pronto intervento sociale, l’assistenza domiciliare, le strutture residenziali e semiresidenziali per le fragilità sociali e i centri di accoglienza comunitari diurni o residenziali, in pratica la presenza di servizi. Il secondo indica un pacchetto di interventi (e non di servizi, ovvero di ciò che riguarda la fruibilità effettiva del bene da parte del cittadino non la sua veste organizzativa) che vanno dalla lotta alla povertà al sostegno delle responsabilità familiari, dalla piena integrazione delle persone disabili alle prestazioni integrate di tipo socio-educativo per chi si trova in stati di dipendenza, ecc.

¹ Nella Finanziaria 2005 fu tagliato del 50% il Fondo nazionale delle politiche sociali, per un importo pari a 500 milioni di euro e questo provocò una forte reazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dell’Upi, dell’Anci, della Lega delle Autonomie locali, della Cgil-Cisl-Uil, del Forum del Terzo settore.

È evidente che gli *interventi* non si possono realizzare se non sono organizzati e definiti gli attori – i *servizi* – incaricati a svolgerli e che di conseguenza interventi e servizi si rimandano reciprocamente. È altrettanto vero però che la presenza di servizi non garantisce di per sé la realizzazione degli interventi², ovvero che tra di essi vi è un rapporto fini/mezzi, dove il fine è la realizzazione degli *interventi* e il mezzo la presenza e il buon funzionamento dei *servizi*.

La sostituzione o inversione di questo rapporto, prima ancora culturale che operativa, mette in luce un altro limite, o rischio altamente probabile, con cui ci si deve misurare: l'autoreferenzialità degli attori deputati a definire, programmare, realizzare, valutare le prestazioni. Invertire l'ordine logico e politico di interventi/servizi non è infatti solo un errore di interpretazione giuridica, ma è soprattutto sintomatico della difficoltà di costruire un sistema integrato e aperto rispondente in modo appropriato ai bisogni di un territorio. Ciò presuppone infatti che i bisogni siano conosciuti e non solo evocati perché associabili a quanto si sta già facendo o addirittura presupposti a partire da analisi spesso poco significative.

3. Una politica senza fondamenti?

Emblematico il deficit informativo che, da ultimo, denunciava lo scorso anno il primo *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali³. Che questo sia un ele-

² Avere una assistente sociale per alcune ore alla settimana in un Comune piccolo o medio è ovviamente molto meglio che non averla, ma questo non dice nulla sul se e come questa importante figura professionale svolga il compito, peraltro assolutamente delicato e complesso, attribuitole e se esso risponda effettivamente ai bisogni della popolazione.

³ «Le carenze esistenti nelle fonti informative peraltro non consentono oggi di fornire un quadro estremamente dettagliato, che ad esempio molti indicatori abitualmente adoperati anche in ambito internazionale sono spesso disponibili solo a certi livelli di aggregazione. Il legame che si riesce a ricostruire tra situazione sociale e politiche effettivamente operanti nei diversi contesti territoriali e tra i diversi gruppi sociodemografici è inoltre piuttosto debole. La situazione sociale è infatti prevalentemente descritta a mezzo di indagini statistiche campionarie in cui le informazioni sulle politiche, in termini di coinvolgimento della popolazione (e dei diversi gruppi sociodemografici al suo interno) nelle stesse, sono tra le informazioni meno presenti e meno affidabili» (Ministero del Lavoro

mento caratteristico, ovvero che la discussione e il confronto non avvengano sulla base di informazioni sufficienti e verificabili, sembra dire che la comunicazione politica sulle politiche sociali (e sanitarie?) tende a non potere o a non volere basarsi su dati di realtà attendibili.

La presenza nei Piani regionali di una analisi della domanda sociale, peraltro con strutture e contenuti diversi e quindi non comparabili tra Regione e Regione, risulta esservi solo in un terzo delle regioni (Abruzzo, Basilicata, Liguria, Marche, Molise, Toscana, Veneto); in tre è presente il Sistema Informativo dei servizi sociali (Siss), mentre tranne un paio, le altre Regioni lo hanno previsto; cinque regioni dispongono di un Osservatorio.

La stessa determinazione delle risorse economiche è differenziata: «Un grado elevato di determinazione di questa dimensione si riscontra in Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Toscana, Puglia, *con una descrizione puntuale delle risorse finanziarie e delle modalità per la destinazione delle fonti di finanziamento, in alcuni casi indicando anche la copertura finanziaria delle prestazioni e l'analisi dei costi*» (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, p. 53, corsivo nostro), ovvero poco più di 1/3 delle Regioni – tenuto conto che nell'elenco ne manca qualcuna – risulterebbe rendere trasparente la gestione finanziaria delle politiche sociali.

Mi preme al riguardo evidenziare come sia assolutamente centrale riflettere non solo sugli aspetti macro della spesa, ma anche su quelli micro, in particolare sulla necessità di avere sistemi efficaci di misurazione del rapporto costo/qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate, sia per quelle che prevedono la compartecipazione alla spesa da

e delle Politiche sociali, 2005, p. 73, corsivi nostri). È significativo che nello stesso Rapporto qualche pagina prima si affermi, a proposito della attuazione della 328/00, che «la maggior parte delle regioni abbiano intrapreso iniziative in tema di sistemi informativi sociali, che in alcuni casi raggiungono interessanti livelli di funzionamento [...]. Ma poi si prosegue dicendo [...] In generale, però, si evidenzia un certo sbilanciamento dell'attività di conoscenza sulla dimensione dell'offerta dei servizi, a discapito dell'analisi dei bisogni. Meno della metà delle Regioni analizzate offrono nei loro documenti un'analisi puntuale della situazione sociodemografica dalla quale ricavare il quadro dei bisogni prioritari, mentre quasi tutte [...] inseriscono nello strumento di programmazione una descrizione degli interventi, con un grado di approfondimento variabile» (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, p. 51); come dire: le Regioni più o meno sanno ciò che fanno, se questo poi serve o meno alla cittadinanza è altra questione che prima o poi si affronterà.

parte dei fruitori, che di quelle a totale carico del servizio pubblico. Le problematiche correlate, per esempio, alla eterogeneità del sistema di rette e tariffe adottate dai diversi erogatori di servizi socio-sanitari residenziali e domiciliari, anche dentro un medesimo quadro regionale, è al riguardo un dato assolutamente indiscutibile e proprio per questo, lo sottolineo, problematico.

4. *Tra sociale e sanitario: i livelli essenziali*

In tema di livelli essenziali non si può, in questa sede, non focalizzare la questione del raccordo tra livelli essenziali sociali e sanitari. Si tratta di cogliere i due ambiti in cui esso si esplicita:

- ♦ dal punto di vista del ruolo di riferimento che il secondo ha per il primo, vista la sua relativamente più lunga applicazione – anche in campo giuridico l'approfondimento delle questioni relative ai Lep sociali avviene in riferimento a quelli sanitari;
- ♦ dal punto di vista della integrazione tra sociale e sanitario, cardine della 328 e delle legislazioni e programmazioni di alcune Regioni.

Per quanto riguarda il primo ambito, non può lasciare indifferenti che nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 si ponga in modo esplicito la questione della garanzia e dell'aggiornamento dei Lea sanitari. Il Ministero della Salute riconosce infatti che vi sono oggettivi problemi di equità e di appropriatezza «nei suoi due classici significati di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace, ma al tempo stesso a minor consumo di risorse» (Ministero della Salute, 2006, p. 26).

Detto altrimenti, il Ministero sostiene che sia necessario: aggiornare le liste di prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative (efficaci sul piano clinico come su quello economico) sviluppate nel corso degli ultimi anni; ridurre la eccessiva variabilità e inappropriata prescrizione delle prestazioni; garantire l'accessibilità anche in contesti territoriali marginali, come le isole minori e le comunità montane isolate; rilevare la disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta; rimuovere fattori di inesigibilità dei diritti quali la carente diffusione dei servizi sul territorio, l'onerosità della quota di partecipazione alla spesa, la disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche ad alta complessità nelle diverse aree territoriali, la lunghezza delle liste di attesa; superare il divario strutturale e qualitativo

vo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali, che notoriamente vede penalizzato il Mezzogiorno.

Questo, in altre parole, significa che seppur il settore sanitario abbia storia, risorse⁴, apparati istituzionali e organizzativi, professionalità assolutamente incomparabili rispetto a quelli del settore sociale, non sembra ancora riuscire a trovare un assetto che garantisca il diritto alla salute e il principio di uguaglianza.

Non solo. Le inadeguatezze del settore sanitario – oltre a quanto sopra evidenziato dal Ministero, in termini molto più quotidiani possiamo pensare alle dimissioni precoci e non assistite di tanti anziani ricoverati nei nostri ospedali e *stabilizzati* dal punto di vista dell'acuzie – si ripercuotono immediatamente sul settore sociale e viceversa – pensiamo all'uso improprio del pronto soccorso –, poiché la non soddisfazione di una esigenza vitale fa sì che la persona e la sua famiglia istintivamente cerchino soluzioni alternative.

Questo, spesso, comporta lo scaricamento sul sistema assistenziale, cioè sui bilanci comunali e familiari che sostengono l'erogazione delle prestazioni, del riconoscimento (inappropriato) di un diritto, con un sostanziale appesantimento del lavoro di cura e una tendenziale compressione del costo del lavoro di una parte degli operatori coinvolti, che portano a veri e propri processi di impoverimento sia dei lavoratori (e soprattutto delle lavoratrici) del *welfare* che delle famiglie coinvolte.

Da qui, afferma ancora il Ministero, l'esigenza di «definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree di assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; *un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo potrebbe venire dalla contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale*» (Ministero della Salute, 2006, pp. 24 e ss., corsivo nostro).

5. Una governance impossibile?

Le condizioni operative e gli esiti del comparto socio-sanitario dipendono anche dalla programmazione – a nostro giudizio caricata di eccessive aspettative dal punto di vista della sua funzione di governo –

⁴ Come si sa, mediamente il 70-80% dei bilanci regionali è vincolato dalla spesa sanitaria.

che i diversi livelli istituzionali preposti riescono a realizzare. Ed è proprio rispetto ad essi che il socio-sanitario svolge, relativamente alla coerenza interna nel governo integrato delle politiche sociali e sanitarie, una specie di funzione sintomatica da cui si delineano non pochi interrogativi, a partire dalla prospettiva di *21 diversi sistemi di welfare regionale*.

Con la legge 328 in questi sei anni abbiamo visto Regioni che hanno consolidato la cultura programmatica già maturata, altre che hanno tentato di applicare le nuove disposizioni, altre ancora che per impossibilità interne o per debolezza politica hanno fortemente ritardato, rimanendo su un piano di enunciazione di principi, la realizzazione dei Piani regionali.

Per dare l'idea della complessità amministrativa, programmatica e tecnico-professionale del sistema dei servizi sociali, basta ricordare che si prevede il coinvolgimento di «diversi Ministeri, fra cui 2 strategici per le politiche nazionali, e 27 Enti nazionali di previdenza e assistenza sociale, con i loro uffici periferici; 21 Regioni comprese le Province autonome; 103 Province, con specifici assessorati e uffici per le politiche sociali; 197 Asl e le loro articolazioni organizzative interne; 122 enti ospedalieri che gestiscono gli ospedali; 8.100 Comuni, di diversa struttura demografica, almeno la metà dei quali dotati di assessorati e di uffici per servizi; 355 Comunità montane con funzioni associative per i piccoli Comuni; 12.511 organizzazioni non-profit operanti nella sanità e nella assistenza sociale censite dall'Istat, di diversissima forza organizzativa e cultura strategica; un numero estremamente variabile, ma comunque superiore a 100, di centri di servizio per il volontariato; circa 4.200 Ipab, di cui una parte diventate Asp – Aziende per i servizi alla persona o si sono trasformate in fondazioni private» (Ferrario, 2005); a questi attori sono da aggiungere istituzioni o servizi pubblici impegnati nei settori della casa, del lavoro e della scuola nonché le rappresentanze di portatori di interessi quali le Oo.Ss. dei pensionati, le Caritas Diocesane, le forme di gestione associata della sanità territoriale, ecc.

Per quanto riguarda il settore sanitario, il percorso programmatico è certamente meno caotico, ma non per questo privo di complessità. Le tre fasi della programmazione nazionale, della programmazione regionale e della programmazione organizzativa aziendale, quantomeno per gli interessi che la sanità muove, mettono in campo dinamiche negoziali consistenti, sia pubbliche – come riportano periodicamente le cronache sui ripiani dei deficit sanitari –, che riservate.

La stessa qualità programmatoria, in termini di strutture dei Piani (ambito di pertinenza, periodo di riferimento, titolo), finalità (orientamento strategico, orientamento politico, programmazione, organizzazione e definizione dell'assetto istituzionale), di sistemi di valutazione di processo e di prodotto oltre che dell'operato delle direzioni generali, risulta essere alquanto differenziata.

È utile ricordare, a puro scopo informativo, che davanti a Regioni che hanno come termini identificativi dei loro Piani parole come *solidarietà e salute* (Abruzzo), *cittadinanza sociale e integrazione* (Emilia Romagna), *integrazione* (Friuli-V. Giulia), *alleanza-welfare-salute-universalità-equità-solidarietà e qualità* (Marche), *salute e integrazione* (Puglia), *sostenibilità e salute e comunità* (Toscana), *solidarietà e salute e benessere* (Trento), *pattosalute-innovazione e sostenibilità* (Umbria), la Regione Lombardia si caratterizza con le parole *libertà e innovazione* (Anessi Pessina, Cantù 2005, p. 172).

Sintomatico inoltre il fatto che solo 7 Regioni (Friuli-V. Giulia, Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Valle d'Aosta, Veneto, con in più parzialmente l'Abruzzo) disponessero, alla fine del 2005, di un unico Piano pensato, in modo a volte quantomeno originale, per un ambito sia sanitario che socio-assistenziale.

Altrettanto rilevante, sia per il dettato normativo che per la comprensione della sua implementazione proprio per l'area socio-sanitaria, è la programmazione locale dei Piani di zona (PdZ). Attraverso l'integrazione degli interventi, delle politiche e delle risorse, la partecipazione dei principali portatori di interessi, la dimensione sovracomunale-distrettuale, la concertazione/collaborazione con l'Asl, il PdZ è considerato lo strumento principe di programmazione e di innovazione del welfare locale. Anche in questo caso, e non potrebbe essere altrimenti, il suo recepimento è risultato alquanto differenziato a seconda sia delle politiche regionali che degli approcci e competenze locali.

Differenze di minore o maggiore tempestività nella realizzazione dei Piani insieme a differenze di stile regionale hanno influito in modo determinante in questo processo. Due possono essere considerati gli stili adottati: quello di servizio e accompagnamento e quello prescrittivo e di indirizzo. Entrambi rimandano alla funzione reale che è chiamata a svolgere l'Asl nella realizzazione delle politiche sociali nel territorio: da una parte *partner* alla pari, e dall'altra invece *controllore* «e pertanto, di fatto [...] braccio operativo della Regione a livello locale» (Formez, 2003, p. 87).

Possiamo affermare, per inciso, che dietro queste differenze si na-

scondono diverse concezioni e valorizzazioni della sussidiarietà: chi privilegia quella verticale a scapito di quella orizzontale, chi invece *usa* la seconda come *arma* per indebolire la prima, chi valorizza entrambe nel rispetto delle reciproche responsabilità. Così come diverse concezioni del ruolo sovraordinato oppure, molto più raramente, subordinato della sanità rispetto al settore socio-assistenziale. Entrambe, alla fine, rimandano a visioni di governo più o meno centralistiche e a prassi più o meno partecipative, sia per quanto riguarda gli attori della sussidiarietà verticale che per quelli della sussidiarietà orizzontale.

6. Tra diritti e mercato: come cambiano gli attori

Un ulteriore processo di trasformazione che attraversa dall'interno il settore socio-sanitario e più in generale l'intero sistema di welfare, riguarda la mutazione in corso delle identità degli attori che lo vivono, siano questi erogatori o fruitori di servizi e prestazioni. Se si analizza qualche situazione concreta, vediamo come la persona/cittadino, insieme alla sua famiglia (quando ce l'ha), rivesta sequenzialmente o contemporaneamente più ruoli. Lo stesso accade per l'erogatore, pure esso a volte, contemporaneamente caricato del ruolo di finanziatore/produttore/venditore/distributore.

Proviamo a ricostruire una breve (e parziale) tipologia a partire dalla figura del fruitore. Questi può essere:

- ♦ beneficiario/a di attenzioni e di lavoro di cura da parte di erogatori che sono persone prossime (familiari, vicini di casa, ecc.), che senza alcun sostegno o attraverso una qualsiasi forma di sussidio (dall'assegno di accompagnamento al *bonus* sociale) erogano nei suoi confronti prestazioni sociali, sanitarie, educative;
- ♦ beneficiario/a di attenzioni e lavoro di cura di persone che prestano in modo organizzato (il volontariato come stabilito dalla legge 266/1990; o l'associazionismo familiare previsto dalla legge regionale lombarda 23/2000) la loro opera gratuitamente, spesso sovvenzionate per tutti quei costi che non riguardano la prestazione gratuita diretta, con modalità diverse dal sistema pubblico (convenzioni, bandi, contributi) o dal sistema privato (*fund raising*, marketing sociale, responsabilità sociale di impresa, mecenatismo di impresa, ecc.) o da entrambe;
- ♦ utente di servizi prodotti direttamente dal pubblico, o da questo acquistati/concessi e poi distribuiti; ovvero cliente di servizi pro-

dotti/acquistati «per conto di» dal pubblico, il quale assume *in toto* o in parte i criteri privatistici orientati al profitto, dentro un quadro di controllo proprietario pubblico;

- ♦ cliente di servizi di produttori privati, non orientati al profitto, i cui comportamenti differiscono da quelli precedenti nella logica di fondo (che dovrebbe essere) improntata alla doppia *mission*: sostenibilità economica e creazione di utilità sociale;
- ♦ cliente di servizi di produttori privati, orientati al profitto, i quali vendono direttamente o attraverso un regolatore collettivo le prestazioni realizzate; anche questi privati, a volte, possono fruire di forme di sostegno economico da parte del pubblico, per esempio per investimenti strutturali.

Si tratta di mutazioni rilevanti, che per certi versi disarticolano (e riarticolano), lasciando aperte non poche aporie, la dimensione soggettiva della *cittadinanza*. La posizione di beneficiario, o di utente, o di cliente, dentro un sistema di offerta pubblica efficace/inefficace ed efficiente/inefficiente o di un mercato fortemente/debolmente regolato, rafforzano o annullano le diverse caratteristiche con cui descriviamo l'esercizio dei diritti di cittadinanza: la titolarità, la fruibilità, la competenza, l'integrazione/rete.

Il beneficiario per definizione non è titolare di un diritto/prestazione; l'utente in genere, per le caratteristiche del welfare pubblico nostrano, soffre a volte di riconoscimento della propria titolarità, a volte della effettiva fruibilità di ciò di cui è titolare; il cliente è molto più scoperto sul versante della competenza, ovvero si trova a vivere una doppia asimmetria, quella informativa e quella da dipendenza affettiva, che ne riducono la effettiva capacità di scelta e contrattazione con il fornitore.

Generalizzato è il deficit legato alla integrazione, che diventa più evidente quando gli erogatori sono spinti a competere, piuttosto che quando operano in modo formalistico al fine di tutelarsi rispetto alle responsabilità che il diritto amministrativo attribuisce ad essi.

Detto altrimenti, ciò che sta avvenendo, con differenziazioni non irrilevanti tra regione e regione e tra settore e settore (sanità, assistenza), determina una non sempre cosciente fluttuazione di baricentro verso logiche, culture e comportamenti di mercato, ovvero di passaggio dal paradigma bisogno/diritto/risposta a quello domanda/convenienza/offerta, che in chiave sistemica si traduce nel passaggio dal paradigma distributivo al paradigma produttivo mercantile.

 VERSO I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Secondo l'«Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie», d.p.c.m. 14/2/2001, a cui fa riferimento il d.p.c.m. 29/11/2001 su «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»:

« 1) Sono da considerare *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali e a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

«2) Sono da considerare *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso: *a)* gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari; *b)* gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; *c)* gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; *d)* gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; *e)* gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; *f)* ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria e inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

«3) Sono da considerare *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengano prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo-assistenza».
