

I livelli essenziali delle prestazioni, tra erogazioni monetarie e servizi

Emanuele Ranci Ortigosa

Quando si parla di servizi sanitari, sociali, socio-sanitari è opportuno fare riferimento a salute e benessere. Due concetti che si sovrappongono largamente, che hanno una forte interferenza reciproca, che anche nei nostri vissuti sono difficilmente scomponibili. La salute influenza il benessere e viceversa, e non sappiamo dove finisce la salute e dove comincia il benessere.

Nella considerazione giuridica, nell'imputazione delle responsabilità politiche e amministrative, nell'organizzazione degli interventi volti al loro perseguimento, la distinzione, la scomposizione, è una fase necessaria. L'esigenza è però che la scomposizione lasci poi spazio, e anzi favorisca, le necessarie ricomposizioni.

Una prima scomposizione avviene nella Carta Costituzionale, dove la tutela del diritto alla salute è diversa, più precisa e più puntuale, mentre la tutela dei diritti sociali è più debole. Tale impostazione è ancorata ad una logica lavoristica, una logica importante nella storia, ma che attualmente risulta riduttiva in termini di universalismo. Tale impostazione costituzionale trova riscontro in segmentazioni e settorialismi nella legislazione seguente, e anche nell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e dei servizi.

1. Distribuzione delle competenze in campo sociale e sanitario

Sarebbe interessante una ricognizione storica, che non è possibile fare qui, utile a ricostruire dal dopoguerra a oggi, l'evoluzione delle competenze delle istituzioni nel campo delle due politiche, le politiche sociali e le politiche sanitarie, che perseguono appunto le finalità di salute e di benessere. Naturalmente, va precisato che non le perseguono in esclusiva perché su queste finalità devono convergere molte altre politiche, non lo si deve dimenticare. Comunque, se si seguisse tale evoluzione storica vedremmo che inizialmente i Comuni hanno dirette competenze e azioni in campo sanitario oltre che sociale. Addirittura negli anni settanta, per gestirle, i Comuni si associano nei Comitati e poi nei Consorzi socio-sanitari di zona, che preludono alla ri-

forma sanitaria, la legge 833/1978, che costituisce le Unità sanitarie locali, anch'esse gestite formalmente dai Comuni. Negli anni ottanta e nei primi anni novanta avviene però una progressiva estromissione dei Comuni e si afferma la competenza esclusiva delle Regioni in questo campo, tramite l'aziendalizzazione. Tale aziendalizzazione provoca sul settore socio-sanitario una reazione, seppur ritardata, dei Comuni, che cominciano (anche in quelle realtà dove era avvenuta un'integrazione dentro l'unità socio-sanitaria locale) a ritirare le deleghe. Le Aziende sono infatti una realtà sulla quale i Comuni non hanno alcuna influenza e che quindi li espropria di competenze di cui invece devono rendere conto ai cittadini, come accade appunto per le competenze sociali.

Il d.p.r. 299/1999 e la legge 328/2000 prevedono un reingresso dei Comuni, che si ferma però «sull'uscio» delle aziende. Secondo tale legislazione nazionale i Comuni partecipano non alla gestione, ma alla programmazione e alla valutazione, con ruoli che la legislazione definisce, ma che non sono mai stati rispettati nella pratica in quasi nessuna realtà regionale. Per esempio nella programmazione del sistema integrato di interventi e servizi, la componente socio-sanitaria deve essere definita in pieno accordo («d'intesa») tra Regioni e Comuni, ma in gran parte d'Italia tale componente socio-sanitaria è programmata e gestita dalle sole Aziende sanitarie, e i Comuni sono coinvolti nel caso solo per conferire risorse aggiuntive, mentre sarebbe normale, credo, che concorso alla programmazione e concorso alla spesa andassero di pari passo.

Nel quadro nazionale, si è verificata una forte frammentazione di modelli regionali, di sistemi differenziati, da Regione a Regione. Possiamo richiamare il modello toscano che, nella Società della salute, integra Comuni e Asl; il modello lombardo, ben diverso, che disciplina il sovraordinamento delle Asl sui Comuni (le Asl sono braccia operative della Regione che controllano, in qualche misura, la programmazione dei Comuni nei Piani di zona); altri modelli regionali che tendono a promuovere la partnership fra Aziende e Comuni (potrei citare l'Emilia Romagna); altre situazioni dove permane il modello di integrazione entro le Asl, come il Veneto. E si potrebbe continuare.

Questa notevole differenziazione di soluzioni andrebbe valutata per individuare quelle più interessanti, le criticità ricorrenti, e favorire un apprendimento reciproco tra i diversi sistemi. Ma sostanzialmente, nel nostro paese, le valutazioni delle politiche non avvengono. Io ho partecipato a due esperienze di valutazione: la prima, la valutazione del

reddito minimo d'inserimento, di cui ho avuto la direzione scientifica, è stata prontamente «secretata» dall'allora ministro Maroni e resa inaccessibile a tutti gli interessati; la seconda, che mi sembra originale e interessante (finanziata dallo Spi-Cgil lombardo) tratta della valutazione delle politiche sociali della Regione Lombardia, che come Irs abbiamo realizzato e pubblicato con il titolo «Politiche sociali di centro-destra». Tale volume cerca appunto di valutare le politiche sociali della Regione Lombardia della passata legislatura regionale. Ma poter analizzare e valutare comparativamente le politiche sociali e socio-sanitarie delle diverse Regioni, sarebbe ancora più interessante e stimolante, non solo per i ricercatori, ma soprattutto per i governi regionali.

2. La necessità di integrazione socio-sanitaria

Molto è stato detto sulle difficoltà che l'integrazione socio-sanitaria incontra. Voglio richiamare l'attenzione su un aspetto: la debolezza e la frammentazione dei nostri Comuni, per superare la quale la legge 328/2000 ha cercato di avviare un processo di aggregazione, ha rappresentato una ragione forte per l'estromissione dei Comuni dalla Sanità. Io dico sempre agli amministratori comunali: siete stati conniventi rispetto alla vostra estromissione dalla sanità, perché non siete riusciti ad aggregarvi in una scala e misura significativa per la gestione di problemi come quelli sanitari.

Attraverso la programmazione di zona si cerca di superare la frammentazione e la debolezza dei Comuni allargando via via il discorso dalla programmazione alla gestione. Ci sono altre difficoltà e resistenze, nei percorsi di integrazione socio-sanitaria, alimentate da:

- a) la differente definizione e tutela dei diritti, con l'esigibilità dei diritti alle cure sanitarie rispetto all'aleatorietà dei diritti ad interventi sociali;
- b) una cultura della salute generalmente debole e condizionata da un prevalente approccio sanitario verso la malattia e la cura, non olistico ma parcellizzato;
- c) le logiche e le pratiche politico amministrative, entro e fra le diverse istituzioni e i diversi livelli di governo, fortemente settorializzate, incapaci di convergere su finalità assunte come prioritarie;
- d) il tradizionale squilibrio fra sanitario e sociale, in termini di allocazione istituzionale e consistenza del potere. In sanità la Regione opera sul territorio tramite grandi enti strumentali, mentre nel so-

- ciale il potere è frammentato e gli attori territoriali sono i Comuni, enti democratici autonomi spesso di modeste dimensioni e risorse;
- e) la tendenza di certe Regioni a sovraordinare le Asl ai Comuni e agli ambiti sociali, o delle stesse Asl a sviluppare pratiche non di partnership ma di predominio;
 - f) il forte divario fra sanitario e sociale nella entità delle risorse disponibili (finanziarie, professionali, ecc.), in una situazione di generale scarsità di queste che alimenta forti tensioni per il loro controllo e utilizzo;
 - h) le differenze di prestigio, consistenza e potere fra le professioni sanitarie (soprattutto quella medica) e quelle sociali, che tendono a riproporsi anche nelle esperienze di collaborazione;
 - i) la frequente mancata articolazione delle Aziende sanitarie in distretti, con la difficoltà quindi degli attori sociali a trovare un interlocutore nel sistema sanitario qualificato e dotato di effettiva autonomia.

L'integrazione è difficile a tanti livelli. A volte, non basta fare un'integrazione istituzionale perché le politiche siano integrate. Per esempio, operare sui problemi delle famiglie con bambini in età 0-2 anni, nelle realtà in cui vi sono assessorati e settori regionali, o comunali, che si occupano separatamente del settore educativo (asili nido) e delle famiglie, diventa un'impresa molto difficile. Queste frammentazioni interne alle stesse istituzioni di governo dovrebbero essere superate, anche se con l'ultimo governo si sono riproposte purtroppo anche a livello nazionale. Però, operano anche fattori di sviluppo e di pressione per l'integrazione. E fra questi, appunto, la riagggregazione dei Comuni attraverso la programmazione zonale, per una più forte interlocuzione sulle politiche sanitarie. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è la salute e se la salute è fatta da tante politiche, oltre quelle sanitarie, la competenza sul territorio deve essere di un ente generale, come il Comune, o l'associazione dei Comuni. Non si possono fare serie politiche sulla salute se il Comune è espropriato da una di queste politiche, come appunto quella sanitaria.

L'integrazione degli interventi, dei servizi e delle politiche è quindi una sfida fondamentale.

3. I livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie

Il discorso dell'integrazione socio-sanitaria conduce alla tematica della definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e di quelli socio-

sanitari. Attraverso il d.lgs. 229/1999, i d.p.c.m. di febbraio e di novembre 2001, è stato fatto un lavoro di concettualizzazione e regolazione, ma il prodotto finale è assolutamente inadeguato e insoddisfacente per varie ragioni.

In primo luogo, tali decreti non definiscono dei livelli essenziali esigibili. Rispetto agli altri livelli sanitari, infatti, hanno un livello di esigibilità decisamente minore, condizionato dalla debolezza dei diritti sociali. In secondo luogo, sono stati introdotti essenzialmente per far fronte a una questione di distribuzione di risorse e di imputazione di costi, senza adeguata conoscenza delle potenzialità di risposta al bisogno sul territorio, dei fondi sanitari e dei fondi sociali dei Comuni. In una buona parte d'Italia, quindi, sono inapplicati e inapplicabili, perché la loro osservanza assorbirebbe l'intera spesa sociale. Non a caso questi livelli sono stati largamente disattesi, salvo nelle Regioni più ricche, dove le risorse sociali comunali sono più forti.

Bisogna allora andare oltre questi decreti, affrontando il tema generale dei livelli essenziali: quello posto dalla Costituzione e dalla legge 328/2000. Rispetto alle tematiche socio-sanitarie, è molto più utilizzabile l'elaborazione sui livelli essenziali declinata nel sociale, che non l'approccio strettamente sanitario. I livelli essenziali nei due campi hanno origine diversa. In sanità, nascono dalla necessità di circoscrivere l'esigibilità dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale, quindi hanno la finalità di delimitazione degli interventi, di razionamento delle prestazioni esigibili. In campo sociale e, a mio parere, socio-sanitario il discorso è totalmente diverso: si tratta di costruire dei diritti e delle conseguenti esigibilità.

La Costituzione riformata afferma che questi diritti sociali, volti a scongiurare, rimuovere o almeno circoscrivere nel loro effetto gravi situazioni di bisogno individuali, familiari, di gruppi sociali vanno garantiti a tutti, su tutto il territorio nazionale e che è responsabilità dello Stato definire i livelli delle prestazioni che si ritengono essenziali perché tale garanzia sia effettiva. Si può anche riprendere la legge 328/2000, per una analisi dell'art. 22, nel rapporto tra il c. 2 e il c. 4. Il c. 2, pur nella sua generalità, è il punto di partenza in termini di soggetti e di contenuti, costituisce l'indicazione delle politiche per affermare i diritti, e quindi gli interventi; il c. 4 è la descrizione del sistema produttivo che deve gestire l'accesso, attivare i servizi territoriali, i servizi domiciliari, i servizi residenziali. Quindi quella indicata nel comma 4 è la rete dei servizi che deve produrre la risposta ai diritti che le politiche elencate nel comma 2, in qualche modo indicano.

4. Verso l'affermazione dei diritti e l'esigibilità delle prestazioni

Le persone vivono e soffrono bisogni ritenuti meritevoli di attenzione e di tutela. Per fronteggiare questi bisogni si deve tendere a un'affermazione di diritti. Per attuare i diritti, occorrono degli interventi, dei servizi, che siano a un certo livello, per risultare efficaci rispetto al bisogno.

La funzione dei Liveas è quindi prioritariamente volta all'affermazione del diritto del cittadino, della famiglia, di gruppi sociali, a certe prestazioni consistenti in servizi, o in erogazioni monetarie, o in natura (la casa, ad esempio).

In una logica processuale ed evolutiva la finalità è quindi l'affermazione del diritto esigibile, mentre gli standard quantitativi, qualitativi, monetari sono strumenti, tappe intermedie per perseguire e gradualmente assicurare la soddisfazione del diritto soggettivo.

Ovviamente i Liveas sono un sistema articolato su più tematiche e su varie componenti, il cui sviluppo avrà necessariamente modalità e velocità differenziate. Si tratta di assumere una visione strategica per la gestione di un processo volto all'affermazione in tutto il territorio nazionale di diritti esigibili a certi servizi e prestazioni, che procederà nelle sue diverse componenti in modo articolato e differenziato, ma che rimane legato ad una finalizzazione generale.

Il termine «essenziale» fa riferimento ad un livello di prestazione adeguato a fronteggiare quei bisogni che corrispondono ai diritti civili e sociali sanciti dalla Costituzione. Perciò «essenziale» va letto come «adeguato», «appropriato».

I livelli essenziali sono diversi dai livelli minimi o irrinunciabili, che corrispondono a delle soglie minime di tutela che la Costituzione comunque garantisce a ogni cittadino. I livelli essenziali sono assunti dalla Costituzione come strumenti per garantire i diritti civili e sociali, su tutto il territorio nazionale. Naturalmente il contenuto di questi diritti non è fisso, ma varia a seconda del variare della sensibilità, della cultura, del benessere diffuso. I livelli essenziali non possono essere fissati una volta per tutte, ma fanno parte di un processo, di un percorso evolutivo, in cui devono via via adeguarsi e aggiornarsi. Il livello essenziale, quindi, definisce la consistenza storica di un diritto, il contenuto che il sistema istituzionale dà a un diritto sociale in un certo momento storico, e definisce anche in quale forma e misura tale contenuto possa essere esatto, e debba quindi essere reso disponibile.

Sull'esigibilità è in corso un dibattito. Esigibilità è solo quella imme-

diata o anche quella programmatoria? Io credo che, se vogliamo tener conto dell'evoluzione dei diritti e del problema delle risorse, che è stato prima richiamato, si possono scindere e articolare i diritti in ciò che si ritiene immediatamente esigibile e in ciò che si programma di rendere esigibile al termine di un percorso di sviluppo delle risorse, volto ad arrivare a garantire quei diritti. Si assume quindi una logica strategico-programmatoria, che fissa però degli obiettivi verificabili.

Il contenuto qualificante dei livelli essenziali, a mio parere, è l'affermazione di diritti, e di diritti esigibili. Gli altri contenuti che possono avere, quali tipologie di servizio, standard quantitativi o qualitativi di servizio, standard di spesa, sono strumenti, cioè livelli strumentali rispetto al livello essenziale, per arrivare a stabilire gradualmente dei diritti esigibili sempre più qualificati. Se i Liveas, come ritengo, vanno visti in una prospettiva processuale ed evolutiva, i contenuti sopra indicati possono essere utilizzati tutti, anche contestualmente, purché sia chiara una finalizzazione all'affermazione di diritti e una conseguente gerarchizzazione tra di essi.

La Costituzione usa il termine «prestazione». Questo termine, per certi aspetti, sembra un po' riduttivo. È, in un certo senso, più utilizzabile nel campo sanitario: io ho un'appendicite, l'appendicectomia è la prestazione adeguata. La concezione unidimensionale, o prestazionistica, ha quindi un suo terreno di applicazione, ma soprattutto in campo sociale e socio-sanitario, i bisogni non possono trovare risposte in singole prestazioni, ma in un mix di prestazioni diverse, in un complesso di prestazioni inserite entro un progetto di intervento.

Quindi dobbiamo assumere un concetto di prestazione che, senza negarne l'applicazione e l'interpretazione come prestazione singola, si estenda a una concezione multidimensionale, come complesso integrato di interventi e di servizi, con un'offerta che può essere diretta, indiretta, monetizzata.

5. Le prestazioni, tra erogazioni monetarie e servizi

L'erogazione monetaria non è equivalente al servizio, che possiede una portata equitativa molto maggiore anche in termini di crescita di opportunità delle persone. Ad esempio, uno dei più forti elementi di equità sociale è la scuola pubblica per tutti. Il servizio, quindi, non è sempre sostituibile con la monetizzazione, che può essere l'intervento adeguato per alcuni tipi di bisogni, ma non per tutti.

Occorre allora evitare che il tema dei Liveas si risolva nel confermare come diritti soggettivi solo le prestazioni monetarie nella loro attuale configurazione, e magari anche estenderle, anche se è tecnicamente più facile riproporre erogazioni monetarie piuttosto che sviluppare reti di servizio.

Puntare sulle erogazioni monetarie o sullo sviluppo dei servizi è una scelta politica, che qualifica welfare diversi: l'uno, che tende a delegare tutto al libero mercato fra portatore del bisogno e offerta (sempre più privata), trascurando il carattere specifico di questo mercato strutturalmente squilibrato; l'altro, che ritiene vi sia una funzione pubblica, da svolgere con modalità realmente partecipative, di regolazione del mercato, di sostegno e accompagnamento di chi è in difficoltà, di garanzia della qualità e dell'adeguatezza dei servizi, prodotti anche da organizzazioni non-profit o private, che le risorse pubbliche pagano, o concorrono a pagare.

Occorre proprio che i Liveas considerino anche la rete dei servizi, e in particolare funzioni prioritarie come l'accesso, l'informazione e l'orientamento, la valutazione del bisogno; la povertà e l'esclusione sociale; la non autosufficienza; il sostegno della famiglia, in particolare quella con figli piccoli o ancora minorenni. Per dare vita ai livelli essenziali, si può perseguire una loro definizione generale, utilizzando a tal fine anche i trasferimenti dal fondo sociale. Credo però che sia un po' utopico, anche se teoricamente più corretto, pretendere una affermazione generalizzata e contestuale. Penso che per realizzare le politiche elencate nella legge 328/2000, come il reddito minimo di inserimento e gli interventi per la non autosufficienza, bisogna cominciare a porre e a definire dei livelli essenziali, a questi relativi, sia in termini immediati che in termini programmatici.

Il reddito minimo non è solo un'erogazione monetaria, ma è una erogazione monetaria più una politica di inserimento sociale e lavorativo. I Liveas dovrebbero garantire ad ogni famiglia integrazioni del reddito fino a un livello prossimo alle soglie della povertà assoluta e, dove sussistono potenzialità umane, opportunità per valorizzarle con adeguati accompagnamenti e sostegni di operatori e servizi.

Rispetto al tema della genitorialità e dei minori, è urgente l'aggregazione dei fondi per gli asili nido, che sono dispersi tra più ministeri, per un programma integrato di sviluppo, fino a certi livelli di esigibilità del diritto della famiglia.

Anche nel campo della non autosufficienza, all'erogazione monetaria deve accompagnarsi la dotazione di servizi, cui si accede tramite pro-

getti individualizzati. Rispetto a specifici bisogni, solo sul territorio si può definire la combinazione di servizi ed erogazioni soddisfacente. I Liveas, quindi, devono definire e assicurare il corretto mix fra erogazioni monetarie e prestazioni di servizi domiciliari, diurni e residenziali, adeguati per quantità e qualità, ai bisogni espressi.

A questo punto, si pone un problema cruciale e importante: come coniugare i livelli essenziali definiti a livello nazionale (anche se in dialogo con le Regioni) con una progettazione, una combinazione, di diverse prestazioni che può essere fatta solo sul territorio, dalle professionalità che vi lavorano e che dialogano col portatore del bisogno?

È un tema difficile, ma di grande importanza perché siamo ancora in un sistema in cui i diritti sociali esigibili sono essenzialmente solo le erogazioni monetarie gestite centralmente. Queste ultime, infatti, assorbono più dell'80% della nostra spesa sociale, e ciò nega ai territori la possibilità di sviluppare sistemi di servizi adeguati, da combinare in modo appropriato con le erogazioni monetarie.

Si può andare oltre l'assistenzialismo e puntare su politiche e interventi sociali appropriati e «attivi» solo sul territorio, sviluppando la rete integrata dei servizi e degli interventi sia pubblici che del privato sociale. Solo sul territorio si possono individuare le esigenze specifiche e, insieme, le risorse personali, familiari presenti; solo sul territorio si può scegliere quindi la risposta, o il mix di risposte, più opportune e adeguate a quella situazione di difficoltà personale, familiare, di gruppo sociale; solo sul territorio si può cercare di costruire, con i soggetti interessati, in un rapporto dialogico e negoziale, un progetto personalizzato, individuando le opportunità che concretamente si presentano, gli impegni reciproci per valorizzarle, le conseguenti responsabilità di ciascuno. Tutto questo è naturalmente agibile solo se sul territorio si sviluppa una rete adeguata e integrata di servizi e di interventi, di accesso e di erogazione offerti dagli enti pubblici o privati accreditati, in un sistema adeguatamente programmato e regolato.

RPS

Emanuele Ranzi Origosa

