



# *la Rivista delle* **Politiche Sociali**

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

**DIRETTORE**

Sandro Del Fattore

**COMITATO SCIENTIFICO**

Silvano Andriani  
Ugo Ascoli  
Jean-Claude Barbier  
Pietro Barrera  
Enzo Bernardo  
Marina Boni  
Giuliano Bonoli  
Paolo Calza Bini  
Massimo Campedelli  
Dario Canali  
Antonio Cantaro  
Giuseppe Costa  
Colin Crouch  
Gianfranco D'Alessio  
Paolo De Nardis  
Luigina De Santis  
Nerina Dirindin  
Maurizio Franzini  
Gianni Geroldi

Maria Grazia Giannichedda  
Ian Gough  
Elena Granaglia  
Mauro Guzzonato  
Paolo Leon  
Angelo Marano  
Nicola Marongiu  
Saul Meghnagi  
Massimo Paci  
Emmanuele Pavolini  
Ivan Pedretti  
Laura Pennacchi  
Marinella Perrini  
Mario Pianta  
Gianni Principe  
Michele Raitano  
Mario Sai  
Giovanni Battista Sgritta  
Alan Walker



EDIESSE

# la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

RIVISTA TRIMESTRALE N. 2-3  
APRILE-SETTEMBRE 2014

*Direzione, redazione e segreteria*  
Viale di Porta Tiburtina 36 - 00185 Roma  
Tel. 0039.6.44870323 - Fax 06.44870335  
rps@ediesseonline.it

*Amministrazione e diffusione*  
Ediesse s.r.l. - Viale di Porta Tiburtina 36 - 00185 Roma  
Tel. 0039.6.44870260 - Fax 06.44870335

*Tariffe di abbonamento 2014*  
Annuo 60,00 euro - Estero 120,00 euro  
Sostenitore 180,00 euro  
Una copia 20,00 euro - Arretrati 40,00 euro  
L'importo dell'abbonamento può essere versato  
sul conto corrente postale n. 935015  
intestato a Ediesse s.r.l., specificando la causale

*Proprietà*  
Ediesse s.r.l. Registrazione Tribunale di Roma  
Sezione Stampa n. 57/2004 del 20/02/2004  
spedizione A.P. - 45% - art. 2, comma 20/B  
legge 662/96, Filiale di Roma

*Coordinamento*  
Rossella Basile

*Progetto grafico*  
Antonella Lupi

*Stampa*  
O.GRA.RO. s.r.l. - Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma

*Distribuzione in libreria*  
PDE

[www.larivistadellepolitichesociali.it](http://www.larivistadellepolitichesociali.it)



Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

*Egregio Abbonato, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996 La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società, nonché da enti e società esterne ad essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo inoltre che, ai sensi dell'art. 13 della Legge, Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge.*

## COMITATO DI REDAZIONE

Lisa Bartoli  
Rossella Basile  
Francesca Carrera  
Stefano Cecconi  
Andrea Ciarini  
Stefano Daneri  
Roberto Fantozzi  
Mara Nardini  
Fabrizio Rossetti  
Alessia Sabbatini  
Elisabetta Segre

## DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Andruccioli

La Rivista si avvale della procedura  
di valutazione e accettazione degli  
articoli *double blind peer review*



il Patronato della CGIL

## indice

*Nota del Direttore* 7

### TEMA

#### **Ssn universale: valori, criticità, innovazioni**

*Nerina Dirindin*

Luoghi comuni e distorsioni insidiose nel dibattito  
sulla sanità pubblica 13

*Enza Caruso*

Il diritto alla salute nei sistemi socio-sanitari europei.  
La tragedia greca 27

*Elisabetta Midena*

Prevenzione della corruzione e trasparenza in sanità 51

*Cristiano Alicino*

La «filiera dell'assistenza sanitaria»: tra diritto alla salute  
e leggi di mercato 67

*Gavino Maciocco*

Formazione, università e diritto alla salute 83

*Anna Maria Guerrini*

La sanità digitale: per una nuova governance dei processi  
di innovazione 97

*Franco Rotelli*

Le implicazioni della legge 180 per il campo generale  
della sanità pubblica 105

*Antonio Brambilla e Davide Botturi*

Lo sviluppo dell'assistenza primaria in Italia: proposte  
ed esperienze per il cambiamento 111

*Tiziana Lavalle, Mara Morini, Massimo Annicchiarico  
e Francesco Ripa di Meana*

La formazione degli operatori delle Case della Salute  
nell'Ausl di Bologna 133

*Cecilia Taranto*

Lavorare per il diritto alla salute 149

*Ivan Pedretti*

Quale futuro per la non autosufficienza 161

*Stefano Cecconi e Vera Lamonica*

«Salviamo la Salute». Campagna nazionale  
promossa dalla Cgil 171

#### **ATTUALITÀ**

##### **La governance dei servizi di interesse generale**

*Massimo Antichi*

Principi di buon governo per la revisione  
della governance dell'Inps 179

*Gianni Geroldi*

I problemi di una nuova governance nei servizi  
di interesse generale 209

#### **DIBATTITO**

##### **Formazione dei redditi e politiche di contrasto alle disuguaglianze**

Maurizio Franzini, Elena Granaglia e Michele Raitano,  
*Dobbiamo preoccuparci dei ricchi?*, Bologna, Il Mulino, 2014

*David Benassi*

Il «problema» dei ricchi in una prospettiva sociologica 249

*Emmanuele Pavolini*

Molte buone ragioni per (pre)occuparci dei ricchi  
fra miti da sfatare e interessanti proposte

263

**APPROFONDIMENTI***Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo*

La percezione della disuguaglianza in Europa  
tra riforma del welfare e crisi economica

271

*Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana*

Misurazione e condizione dei lavoratori occupati  
in lavori usuranti

291

*Le autrici e gli autori*

307

*English abstract*

311

RPS

indice



## Nota del Direttore

RPS

Il numero della rivista che presentiamo è dedicato, nella sessione monografica, alla sanità. Riteniamo necessario un approfondimento su tale grande questione proprio perché siamo mossi da una preoccupazione: quanto la crisi economica che stiamo vivendo può essere utilizzata per modificare profondamente il Servizio sanitario nazionale? Sentiamo l'esigenza, in sostanza, di tenere vivo un confronto sul futuro della sanità pubblica perché è forte la preoccupazione che la salute sia oggi un diritto a rischio di cancellazione. Si utilizza spesso, per esempio, l'argomento della insostenibilità economica del Servizio sanitario pubblico. Una discussione seria e approfondita metterebbe invece in evidenza che le cose non stanno così. Nel suo saggio di apertura, infatti, Nerina Dirindin sottolinea che nonostante la crisi economica e «il conseguente aumento del rapporto spesa/Pil (per effetto della riduzione del Pil) gli ultimi dati Oecd (2004) indicano per il 2012 una spesa sanitaria pubblica nettamente inferiore a quella di paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 7,1% del Pil, quasi 2 punti di Pil in meno rispetto a Francia (9%) e Germania (8,6%) e molto meno dei paesi scandinavi (9,4% Danimarca, 7,8% Svezia) e del Regno Unito (7,8%)» (infra, pp. 14-15). Alla luce di questi dati il problema che si pone non è tanto quello della sostenibilità economica del nostro sistema sanitario quanto quello della sua «sopravvivenza». La progressiva riduzione del finanziamento pubblico oltre che gli interventi compiuti dalle Regioni sottoposte a piani di rientro rischiano di portare ad una rilevante riduzione dell'offerta di servizi. E ciò ci pone di fronte ad un rischio evidente: l'emergere di una insoddisfazione crescente dei cittadini verso il Servizio sanitario nazionale che, nonostante i tagli al finanziamento, ha mantenuto in questi anni risultati insoddisfacenti. C'è la possibilità concreta che da un lato la crisi, dall'altro questa insoddisfazione, possano essere utilizzate come leve per cambiare radicalmente il sistema: far crescere, in sostanza, assicurazioni private e forme mutualistiche. Vanno chiarite però due cose: sono proprio i paesi con una elevata diffusione di assicurazioni private a presentare una maggiore spesa sanitaria, per di più a forte rischio di inappropriately;

in secondo luogo questi paesi non dispongono di una copertura universalistica e globale. Ma c'è un'altra minaccia che incombe sul Servizio sanitario pubblico: quella rappresentata dai superticket. È ancora Nerina Dirindin a rimarcarlo: «per molti accertamenti diagnostici infatti il costo della prestazione erogata nel mercato privato è inferiore al ticket, da cui un generale allontanamento dal sistema pubblico di una parte degli assistiti» (infra, pp. 23-24). E ciò contribuirebbe a configurare una sanità privata (a rischio di inappropriatazza) per i ceti medio-alti e una sanità pubblica sempre più impoverita e dequalificata per tutti gli altri. Come è evidente ciò significherebbe la rottura dell'universalismo del Servizio sanitario nazionale, principio che è alla base della riforma sanitaria del '78, la più avanzata in Europa.

Per queste ragioni è urgente riaprire un confronto pubblico sulla sanità: è a rischio proprio l'universalità del diritto alla salute, sancito dalla Costituzione e attuato dal Servizio sanitario nazionale. E sono queste le ragioni che nel fascicolo ci hanno portato a richiamare in diversi suoi aspetti il tema della salute: i servizi sul territorio, la prevenzione, le diverse esperienze che si stanno realizzando in alcune Regioni, la formazione del personale sanitario, la lotta alla corruzione e all'uso distratto delle risorse, la legge 180, il ruolo e la qualità del lavoro pubblico. Temi, tra l'altro, su cui la Cgil ha da tempo avviato la campagna nazionale «Salviamo la Salute», come spiegano Vera Lamonica e Stefano Ceconi nella presentazione dell'iniziativa che pubblichiamo nel numero.

Nella sessione dedicata ai temi di attualità e di confronto politico il numero della rivista ospita due saggi sul tema della governance dei servizi di interesse generale.

Nel contributo di Massimo Antichi si rileva l'esigenza di una riflessione approfondita sui principi che vanno posti alla base di un «buon governo» dei servizi pubblici. In particolare si sottolinea come il dibattito sull'assetto di governance dell'Inps, protrattosi per più di un decennio, ha portato a scelte che non solo non hanno definito con chiarezza i compiti e le responsabilità dei diversi attori coinvolti, ma ha finito con il concentrare nelle mani di un organo monocratico, quelle del Presidente, i poteri che la legge attribuisce ad organi collegiali. Nel saggio si analizzano gli elementi di criticità dell'attuale assetto e si propongono possibili correttivi. Sullo stesso tema si sofferma il saggio di Gianni Geroldi. Nel testo si sottolinea come la legislazione europea, insieme alla nuova definizione di «servizi di interesse generale», abbia imposto alcune modifiche nei diversi settori dei tradi-

zionali servizi pubblici. Nello stesso settore dei servizi sociali, a causa della parziale liberalizzazione dell'offerta, con l'esigenza e la necessità di una maggiore partecipazione dei cittadini oltre che per vincoli di bilancio, si vanno evidenziando cambiamenti che chiameranno in causa nuove forme e capacità di governance. Gli stessi servizi di welfare concentrati sui trasferimenti monetari richiedono «aggiustamenti nelle strategie e nei sistemi di gestione». Nella realtà italiana l'esistenza di un ente, presso il quale si sono concentrate molteplici funzioni (prestazioni previdenziali, indennità ai disoccupati e altri sostegni monetari di welfare), richiede un approfondimento proprio sui temi della gestione e della governance. Oltre che a diverse iniziative parlamentari e commissioni di studio, le stesse parti sociali, è bene e opportuno ricordarlo, hanno elaborato un importante documento, sulla governance dell'Inps: un «avviso comune» nel quale si sottolinea l'esigenza di superare l'assetto monocratico (la concentrazione di funzioni nelle mani di un presidente) cui si è giunti dopo diversi anni di discussione. In quel documento si evidenzia, a nostro avviso giustamente, che l'assetto monocratico si spezza precisando le funzioni del presidente e quelle del comitato di indirizzo e vigilanza formato dalle parti sociali. Un assetto duale che non prevede un ulteriore organismo – un consiglio d'amministrazione, ad esempio – proprio per evitare sovrapposizioni di funzioni e ridondanza oltre che una presenza prevista della politica nelle funzioni di gestione e governance.

In questo numero della rivista Davide Benassi ed Emmanuele Pavolini commentano il libro di Franzini, Granaglia e Raitano, *Dobbiamo preoccuparci dei ricchi?* (2014). Nel suo contributo, Benassi dopo una discussione su chi sono i ricchi, come si diventa ricchi e quali sono le conseguenze della (eccessiva) concentrazione della ricchezza, si concentra su un aspetto specifico e relativo a come il raggiungimento delle posizioni sociali che garantiscono un elevato reddito non sono solo il frutto «delle capacità e dello sforzo individuale», ma dipendono anche, e spesso soprattutto, dalle condizioni di partenza. Viene messo in rilievo, inoltre, come una elevata concentrazione della ricchezza abbia un impatto negativo per la società nel suo complesso, dal momento che rende più difficile la mobilità sociale, e per i ricchi stessi, che si trovano a vivere in un contesto sociale conflittuale. Il contributo di Pavolini mette invece in rilievo, tra gli altri, un punto: «spesso i redditi elevati sono ottenuti violando una condizione essenziale della concorrenza: quella per la quale chi gode di un vantaggio debba poter essere “sfidato” da altri» (infra, p. 265). Una parte del libro, infatti, è

RPS

Sandro Del Fattore

dedicata a mettere in evidenza come «la concorrenza nel capitalismo attuale sia concentrata soprattutto nei segmenti di lavoro più deboli [...] mentre le posizioni di maggior vantaggio e più prestigiose tendono a essere maggiormente protette da una serie di meccanismi che nella sostanza limitano la concorrenza» (*ibidem*).

Sempre in tema di disuguaglianza nella sezione «Approfondimenti» si pubblica il saggio di Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo sui cambiamenti nelle percezioni della disuguaglianza sociale tra i cittadini europei nel corso dell'ultimo ventennio. Lo studio si focalizza, in particolare, sul confronto tra cinque paesi – Svezia, Germania, Regno Unito, Spagna e Italia – appartenenti ai diversi sistemi di welfare. Ad emergere è un aumento generalizzato dei sentimenti di disuguaglianza sociale, ma con una intensità variabile a seconda dei sistemi di welfare, sottolineando quindi il ruolo fondamentale che tali modelli redistributivi rivestono, anche, nella formazione delle credenze individuali. Un ulteriore approfondimento è relativo alla normativa sui lavori usuranti. Il saggio di Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana discute in che modo la recente legge, al di là dell'innovazione che gli va riconosciuta, è stata capace di interpretare il quadro concettuale e di evidenze fornito dalla letteratura scientifica sull'argomento. Gli autori evidenziano come la legge mal recepisca il più recente dibattito sul concetto di usura e le evidenze disponibili sulle relazioni tra lavoro, salute e aspettative di vita, e intercetti in modo imperfetto la platea di lavoratori che intende tutelare.

*Mentre si stava ultimando il lavoro redazionale per la pubblicazione di questo numero della rivista ci è giunta la tristissima notizia della morte di Silvano Andriani.*

*Tanti hanno sottolineato la sua intelligenza, la sua passione politica, la sua capacità di elaborazione. A noi piace mettere in evidenza il contributo che Silvano ha dato al rilancio della rivista. Una delle pubblicazioni più riuscite e di maggiore interesse è stato il numero 1 del 2014 ideato proprio da Silvano Andriani e aperto da un suo originalissimo saggio, «Disuguaglianze e democrazia economica».*

*Ci mancherà Silvano, ci mancheranno le sue idee, la sua intelligenza, la sua disponibilità.*

*Sandro Del Fattore*

**TEMA**

Ssn universale: valori, criticità, innovazioni



## Luoghi comuni e distorsioni insidiose nel dibattito sulla sanità pubblica

**Nerina Dirindin**

*La sanità pubblica è oscurata da pregiudizi e ideologie che contribuiscono a darne una immagine distorta, peggiore di quella reale. Riportare il dibattito all'interno di un confronto oggettivo e documentato*

*costituisce una delle priorità delle politiche sanitarie del nostro paese, per evitare che le tante difficoltà generate dalla crisi economica possano indebolire il sistema di tutela della salute.*

### 1. Introduzione

Da qualche anno, il dibattito italiano sulla sanità pubblica sembra polarizzato su posizioni contrapposte, spesso infondate e in gran parte strumentali.

Forti correnti di pensiero denunciano la insostenibilità economica del servizio sanitario pubblico, proponendo dati di contesto che non trovano riscontro nelle statistiche internazionali, mentre, nonostante tutte le debolezze, il nostro sistema di tutela della salute continua a essere classificato fra i migliori al mondo.

I media danno risalto ai casi di malasana, di sprechi e di inefficienze, sicuramente da deprecare ma che oscurano i tanti casi di dedizione, competenza e sobrietà che si rilevano in molte regioni italiane.

Il dibattito più recente sulla corruzione nella pubblica amministrazione guarda alla sanità pubblica come il luogo per eccellenza della immoralità; in realtà i pochi dati disponibili dicono che sono le dimensioni del settore a renderlo in *assoluto* un terreno di interesse per la criminalità, ma in termini *relativi* non ci sono evidenze su una maggiore presenza della illegalità.

Secondo altri luoghi comuni, la sanità pubblica sarebbe preda della peggiore politica, mentre il servizio sanitario nazionale è l'unico comparto della pubblica amministrazione che negli ultimi decenni si è dotato di un apparato tecnico e di sistemi di governance che non hanno eguali negli altri comparti pubblici (come riconosciuto anche dalla Corte dei Conti). Ciò non significa che la sanità non sia oggetto di continue pressioni da parte della cattiva politica, ma è altresì vero che le politiche sanitarie hanno bisogno di buona politica, di strategie e indirizzi attenti all'interesse generale della collettività.

Le accuse ai dipendenti pubblici, che sarebbero fannulloni e improduttivi, colpiscono anche gli operatori della sanità, ma i dati rivelano che complessivamente i dipendenti pubblici sono in Italia eccezionalmente bassi, inferiori a quelli della Germania e persino degli Usa, e che gli operatori della sanità sono mediamente in grado di produrre risultati non inferiori a quelli di altri paesi sviluppati. Anche in questo caso l'affermazione vale con riferimento ai dati medi nazionali, i quali nascondono livelli locali di disorganizzazione e inefficienze che non possono essere tollerati e difesi.

Gli esempi potrebbero continuare, ma sono sufficienti a testimoniare un dibattito sorretto più da convinzioni ideologiche e posizioni strumentali che da evidenze scientifiche.

Il presente contributo tenta di discutere alcuni luoghi comuni frequentemente riportati nel dibattito attuale, cercando di ristabilire elementi di verità spesso trascurati o addirittura misconosciuti.

L'obiettivo è chiarire come la sanità pubblica sia sempre più oscurata da pregiudizi e ideologie che contribuiscono a darne una immagine distorta, peggiore di quella reale, che rischia di favorire – anziché contrastare – un graduale peggioramento del sistema di tutela della salute.

## *2. Un luogo comune molto insidioso: non possiamo (più) permetterci un sistema sanitario come quello che abbiamo conosciuto fino ad ora*

Uno dei luoghi comuni più abusati nel dibattito sul sistema sanitario è il costo – considerato eccessivo e insostenibile – della nostra sanità pubblica e la conseguente necessità di introdurre forme alternative di finanziamento, sostitutive o integrative di quello pubblico. Tale affermazione si compone di una diagnosi (l'eccessivo costo della sanità pubblica) e di una terapia (il finanziamento privato).

Proviamo ad analizzare, sulla base delle evidenze statistiche, entrambi gli aspetti.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica i dati disponibili mostrano, ormai da molto tempo e senza alcuna possibilità di smentita, che essa non può essere considerata eccessiva né rispetto agli altri paesi dell'Europa continentale, né rispetto alle dinamiche degli ultimi anni, né rispetto al finanziamento annuale dello Stato.

Nonostante la pesante crisi economica e il conseguente aumento del rapporto spesa/Pil (per effetto della riduzione del Pil), gli ultimi dati Oecd (2004) indicano per il 2012 una spesa sanitaria pubblica netta-

mente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 7,1% del Pil, quasi 2 punti di Pil in meno rispetto a Francia (9%) e Germania (8,6%) e molto meno dei paesi scandinavi (9,4% Danimarca, 7,8% Svezia) e del Regno Unito (7,8%). Solo la Grecia ha una spesa inferiore alla nostra (6,2% del Pil). Persino i paesi con un sistema sanitario affidato in maniera rilevante al finanziamento privato spendono, per la sanità pubblica, più di noi (8% Usa, 7,5% Svizzera). Non solo il livello, ma anche la dinamica della spesa pubblica non è di per sé motivo di preoccupazione. L'insieme degli strumenti di governance introdotti con gli Accordi Stato-Regioni e puntualmente fatti rispettare dal Ministero dell'Economia (il cosiddetto Tavolo Massicci, dal nome del direttore generale che ha seguito in particolare le Regioni sottoposte a Piano di rientro) ha consentito un significativo rallentamento della dinamica della spesa che si è protratto fino ai nostri giorni, tanto che attualmente la spesa per il Ssn potrebbe essere considerata addirittura troppo contenuta.

La tabella seguente documenta la progressiva riduzione della spesa sanitaria pubblica (tendenziale e programmatica) che i documenti di finanza pubblica riportano negli ultimi anni. A fronte di una spesa nel 2011 di 111,6 miliardi di euro, nel 2013 la spesa pubblica è stimata pari a soli 109,3 miliardi. Un risultato eccezionale sotto tutti i profili perché: a) registra una contrazione della spesa di ben 2,3 miliardi in soli due anni, b) realizza tutte le riduzioni previste dalle varie manovre di finanza pubblica e c) rileva riduzioni di spesa che vanno ben oltre quanto richiesto dalle manovre centrali (i documenti di finanza pubblica degli ultimi anni avevano infatti previsto una spesa superiore). Un risultato che se da un lato contribuisce a migliorare i saldi di finanza pubblica, dall'altro rivela una preoccupante contrazione dell'offerta di servizi, sicuramente non concentrata unicamente su inefficienze e inapproprietezze.

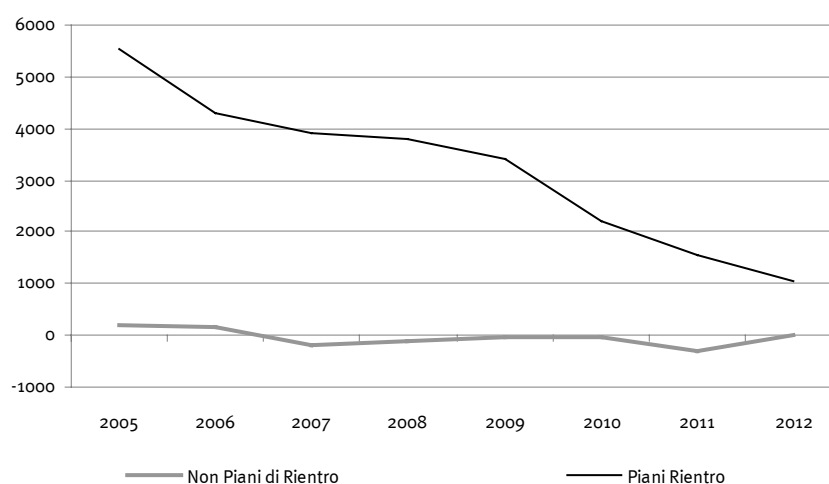
*Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica: risultati e previsioni (milioni di euro)*

|                                               | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    |
|-----------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Spesa programmatica post Legge stabilità 2013 | 112.039 | 113.597 | 112.327 | 112.421 | 115.397 |         |
| Spesa tendenziale Def 2013                    | 111.593 | 110.842 | 111.108 | 113.029 | 115.424 | 117.616 |
| Spesa programmatica post Legge stabilità 2014 | 111.593 | 110.842 | 111.108 | 113.116 | 114.926 | 117.048 |
| Spesa tendenziale Def aprile 2014             | 111.593 | 109.611 | 109.254 | 111.474 | 113.703 | 116.149 |
| % sul Pil della spesa sanitaria               | 7,1%    | 7,0%    | 7,0%    | 7,0%    | 7,0%    | 6,9%    |

*Fonte:* elaborazione a cura dell'autore su documenti di finanza pubblica.

A ciò si aggiunga il sostanziale azzeramento dei disavanzi delle regioni, risultato ottenuto soprattutto grazie ai drastici interventi messi in atto dalle Regioni sotto piano di rientro. La figura sottostante mostra come il lavoro di monitoraggio adottato dal livello centrale ha prodotto una drastica riduzione dei disavanzi: nel 2012 il disavanzo è rilevato esclusivamente nelle Regioni ancora coinvolte nei piani di rientro (per oltre il 60% nella Regione Lazio). Il risultato è effetto delle politiche del Ministero dell'Economia (Mef), che ha chiuso il rubinetto dei ripiani dei disavanzi con rilevanti penalizzazioni in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati (blocco del turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie, blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori, aumento del prelievo regionale, ecc.). Da rilevare che, pressate dai tempi e dalle esigenze di bilancio, le Regioni sottoposte a Piano di rientro sono per lo più intervenute con riduzioni delle spese che in molti casi hanno prodotto una preoccupante contrazione dei livelli di assistenza, anche per l'impossibilità (e l'incapacità) di potenziare l'assistenza *territoriale* in presenza di importanti (e temporalmente precedenti) razionalizzazioni della rete *ospedaliera*. Ne risulta un crescente aumento dei ticket (sui farmaci e sulla specialistica), un diffuso rinvio di alcune prestazioni diagnostiche e una forte pressione sugli operatori sanitari continuamente chiamati a ripetute riorganizzazioni. Una situazione che rischia di minare la fiducia dei cittadini sul sistema sanitario.

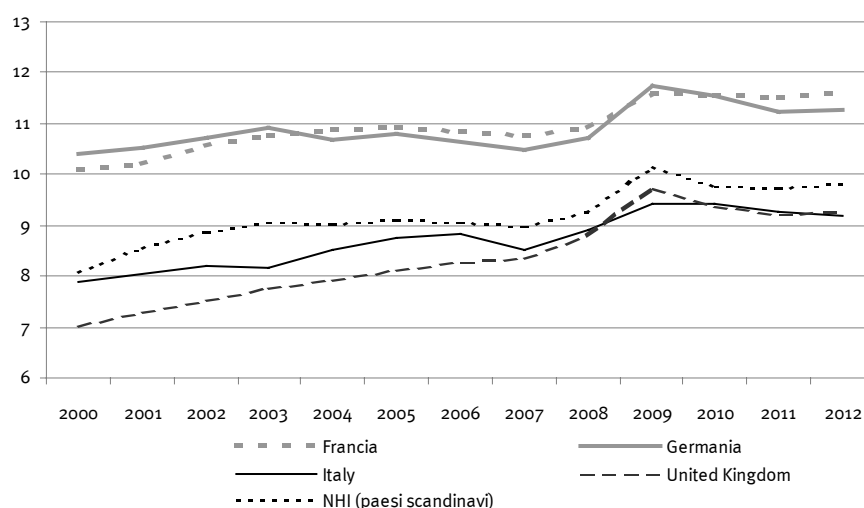
Figura 1 - Disavanzi contabili delle Regioni



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati CE, Ministero della Salute.

Con riguardo alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata) i dati indicano che il nostro paese presenta valori che in nessun modo possono essere considerati motivo di allarme. Come visto per la spesa pubblica, anche la spesa totale è nettamente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 9,2% del Pil nel 2012, oltre 2 punti di Pil in meno rispetto a Francia (11,6%) e Germania (11,3%) e comunque inferiore rispetto ai paesi scandinavi (9,8%) e al Regno Unito (9,3%). È appena il caso di ricordare che essa è nettamente inferiore a quella dei paesi con un sistema sanitario affidato in maniera rilevante al finanziamento privato (16,9% negli Usa).

Figura 2 - Spesa sanitaria totale in % Pil



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati Oecd (2014).

Sulla base di tali sintetiche considerazioni risulta difficile concludere (come invece si sente frequentemente affermare) che la sanità pubblica non è più sostenibile e la corrispondente spesa è fuori controllo. Anzi, i dati sembrano ribaltare la questione della sostenibilità: il problema è la *sopravvivenza* del sistema (a fronte di restrizioni così rilevanti) e non la *sostenibilità* della spesa!

Al contempo va ricordato che il Sistema sanitario nazionale (Ssn) continua a produrre risultati soddisfacenti, come dimostrano numerosi studi internazionali troppo spesso trascurati. Il problema è piuttosto la crescente insoddisfazione degli utenti verso i servizi offerti, la diffusa demotivazione degli operatori, il progressivo degrado delle struttu-

re, le frequenti difficoltà di accesso ai servizi, l'aumento irrazionale dei ticket, fenomeni che testimoniano gli enormi sforzi messi in atto dal sistema in questi ultimi anni ma che sono la spia del rischio di una progressiva perdita di fiducia da parte dei cittadini nei confronti di un sistema in crescente affanno.

I dati di cui sopra consentono inoltre di ridimensionare un altro luogo comune particolarmente diffuso, secondo il quale la sanità pubblica sarebbe il settore della Pubblica amministrazione (Pa) maggiormente inefficiente e sprecone. Il rapporto fra spesa pubblica e risultati ottenuti dimostra che nella maggior parte dei casi le aziende sanitarie mettono in atto azioni di revisione della spesa che non hanno eguali in tutta la Pa. Molto resta ancora da fare, ma molto è stato fatto per contenere gli sprechi e fronteggiare le restrizioni degli ultimi anni.

### *3. Un luogo comune funzionale al cambiamento di sistema: la spesa sanitaria privata è molto elevata e sono necessarie forme di intermediazione finanziario-assicurativa*

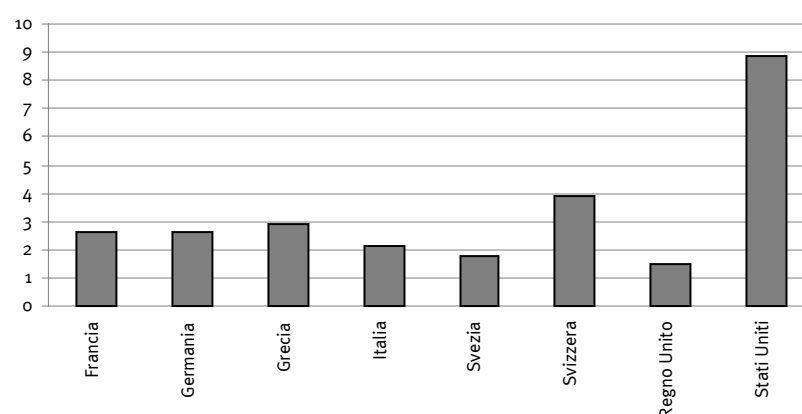
Subito dopo l'allarme sulle dimensioni della spesa sanitaria pubblica, viene – quanto a enfasi mediatica – un secondo luogo comune, direttamente collegato al primo: la rilevante spesa sostenuta privatamente dagli italiani e la conseguente necessità di forme private di intermediazione finanziaria.

Anche in questo caso si tratta di un'affermazione in gran parte infondata, come dimostrano le statistiche internazionali dalle quali è bene partire.

I dati Oecd (2004) sulla spesa sanitaria privata consentono, ancora una volta, di fare un po' di chiarezza: nel nostro paese la spesa privata (2,1% del Pil) è nettamente inferiore a quella di Francia (2,6%) e Germania (2,6%), mentre è superiore a quella del Regno Unito (1,5%). Si noti che, in generale, la spesa privata pare essere più elevata proprio laddove la spesa pubblica è più rilevante, segno di modelli di comportamento (e di consumo) che prestano – nel bene e nel male – analoga attenzione alla salute sia nel pubblico che nel privato. Ne è conferma il caso degli Usa, dove la spesa privata è notevolmente elevata, 8,9% del Pil, a fronte di una spesa pubblica comunque molto rilevante e pari all'8% del Pil. Analoghe considerazioni possono essere fatte per il Regno Unito, il cui sistema universalistico, tradizional-

mente sobrio e apprezzato (ma attualmente purtroppo in via di preoccupanti riforme), ha una spesa pubblica piuttosto contenuta e una spesa privata molto misurata. Diversa, al contrario, è la situazione dei paesi soffocati dalle politiche di austerità, caratterizzati da una rilevante quota di spesa a carico dei bilanci delle famiglie e da una riduzione dell'intervento pubblico<sup>1</sup>.

Figura 3 - Spesa sanitaria privata in % Pil



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati Oecd (2014).

I dati Oecd mettono inoltre in evidenza, all'interno della spesa privata del nostro paese, la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni private, la quale assorbe in Italia meno di un quinto della spesa privata (il rimanente essendo *out of pocket*), mentre in Francia essa ne rappresenta ben i due terzi e in Germania circa il 40%. Il dato è spesso – troppo semplicisticamente – assunto come fondamento della richiesta di un maggior ruolo, nel nostro paese, delle assicurazioni private o di forme di intermediazione finanziario-assicurativa. Anche in questo caso è necessario un approfondimento.

La minore diffusione, in Italia, delle assicurazioni private è in primo luogo spiegata dalla presenza di un Servizio sanitario nazionale universalistico, globale e finanziato con la fiscalità generale (a differenza di Francia e Germania, oltre che di Svizzera e Usa). Di fronte all'offerta

<sup>1</sup> Si veda in proposito il saggio di Enza Caruso, *infra*, pp. 27-49.

di una copertura privata, la scelta di un cittadino italiano non può infatti prescindere dalla consapevolezza che, in presenza di un problema di salute, il ricorso alla sanità pubblica non comporta alcun esborso monetario diretto (salvo la compartecipazione al costo), ovvero non implica alcun rischio finanziario (da trasferire a una compagnia di assicurazione). Tale semplice considerazione è sufficiente a spiegare la storica, e razionale, bassa preferenza degli italiani per le assicurazioni private di malattia. Nel nostro paese infatti ogni cittadino è già dotato (e contribuisce già a finanziare) un sistema che lo protegge contro il rischio di non potersi curare a causa della propria condizione economica. L'ipotesi di aggiungere a tale protezione un'altra copertura, e per gli stessi rischi, non può che essere presa in considerazione solo da particolari gruppi di individui e solo in presenza di specifiche condizioni di funzionamento della sanità pubblica.

Non è un caso che i paesi con una maggiore incidenza della spesa per assicurazioni private non dispongano di una copertura universalistica e globale: Francia e Germania ad esempio sono caratterizzati da sistemi di sicurezza sociale che, attraverso un ampio numero di forme mutualistiche, non garantiscono la stessa copertura a tutti i cittadini e per tutti gli interventi assistenziali. I ticket sono spesso piuttosto consistenti, tanto che alcune polizze assicurative offrono una copertura integrativa contro il rischio di spendere troppo per la compartecipazione, con l'effetto di una doppia (e inefficiente) assicurazione dei rischi, quella di base soggetta a varie forme di *cost-sharing* (franchigie, quote fisse, ticket, limiti massimi di rimborsabilità, ecc.) e quella supplementare che assicura ciò che resta a carico del paziente. Tale sistema impone ai cittadini oneri (di amministrazione, di caricamento, di remunerazione degli intermediari assicurativi) consistenti, superiori a quelli praticati da forme di protezioni universalistiche e globali. La competizione fra le diverse mutue rende inoltre difficile ogni azione volta a favorire scelte appropriate, sotto il profilo clinico e organizzativo, delle prestazioni garantite ai cittadini, il che produce una tendenza a un aumento continuo dei consumi e della spesa (Dirindin, 1997).

Anche in presenza di un Servizio sanitario nazionale è peraltro possibile che proprio quegli elementi che spiegano la razionalità della scelta di non assicurare (nel mercato privato) una spesa che è già protetta (da una copertura pubblica) vengano ad affievolirsi, per effetto di cambiamenti (o di mancati adeguamenti) nelle modalità di erogazione delle prestazioni pubbliche. L'acquisto di un'assicurazione privata di malattia potrebbe infatti essere preso realisticamente in considerazio-

ne da alcune fasce di cittadini (in particolare del ceto medio-alto) in presenza di specifiche condizioni: quando il ricorso alla sanità pubblica diventa via via sempre più oneroso (in termini di tempi di attesa o di ticket), oppure sempre meno soddisfacente (rispetto al comfort garantito nelle strutture private) o ancora sempre più soggetto a criteri di appropriatezza (soprattutto quando tali criteri sono percepiti come un limite al diritto incondizionato all'assistenza, anziché come una forma evoluta di tutela). È chiaro che si tratta di condizioni che da alcuni anni si stanno, prima sporadicamente e poi con maggior frequenza, verificando in alcune regioni del nostro paese e che rischiano di estendersi su gran parte del territorio nazionale soprattutto in relazione alle recenti drastiche restrizioni finanziarie imposte al Ssn.

A ben vedere peraltro, tali condizioni non sono sufficienti di per sé a giustificare la richiesta di una maggiore presenza di assicurazioni private; al contrario esse dovrebbero in primo luogo essere contrastate da politiche pubbliche attente alla qualità delle prestazioni, alle procedure di accesso, alla struttura dei ticket, al degrado dei luoghi di cura, alla semplificazione dei percorsi, alla cultura dell'accoglienza, al coinvolgimento del paziente nelle scelte decisionali, in modo da garantire un'assistenza che eviti il superfluo ma non rifiuti il necessario e non imponga oneri economici troppo gravosi per i bilanci delle famiglie.

In tal senso riteniamo che il nostro paese non possa assistere al lento indebolimento della sanità pubblica, limitandosi semplicemente a dare voce a chi invoca un maggior ruolo per le assicurazioni private. Tanto più che in alcune regioni tale indebolimento è ad oggi del tutto marginale, a riprova che il sistema – quando non abbandonato a se stesso – è in grado di contrastare le difficoltà proprie di un periodo di crisi.

Ma la richiesta di più finanziamento privato e il lento logoramento del Ssn sono probabilmente due facce di una stessa medaglia: l'indifferenza nei confronti di molti episodi di arretramento della sanità pubblica è parente stretta della spinta alla diffusione del luogo comune di cui stiamo parlando. E la crisi economica è, per i detrattori del welfare, un'ottima occasione per rinunciare a mantenere in vita un sistema da tutti riconosciuto di buona qualità e lasciare il campo alle tante sollecitazioni del mercato privato delle prestazioni e delle coperture.

A ciò si aggiunga che la richiesta di coperture private proviene in particolare dai ceti medio-alti, insoddisfatti dei servizi sanitari, «uniformi» ma probabilmente più appropriati, offerti all'interno dei programmi pubblici, tanto da indurli a pensare a forme di protezione in grado di garantire loro maggiore libertà di scelta della struttura e del professio-

RPS

Nerina D'Urso

nista cui rivolgersi. Il grande merito dei sistemi basati sulla fiscalità generale sta invece proprio nella copertura universale e uniforme della popolazione, contrastando le pressioni sulla spesa prodotte da una elevata domanda di prestazioni inappropriate, in particolare nella diagnostica e nella specialistica, perseguendo l'essenzialità dell'assistenza erogata, che impone una sanità sobria, basata sulle evidenze scientifiche e accogliente. Anzi, proprio la presenza di coperture assicurative private tende a favorire la crescita della spesa sanitaria, perché i fondi non possono ovviamente rinunciare a garantire tempestività e insindacabilità delle richieste dei propri iscritti, salvo l'imposizione di varie forme di *cost-sharing* che aumentano i costi che rimangono a carico dell'assistito<sup>2</sup>.

Concludendo, il graduale (implicito) superamento dei principi alla base del Ssn – in particolare in alcune Regioni italiane – appare fonte di gravi preoccupazioni; esso non può essere giustificato da scelte di politica sanitaria volte in teoria a promuovere l'efficienza del sistema, ma destinate di fatto a favorire lo sviluppo di un *altro* sistema. Tale cortocircuito deve essere chiarito e smascherato. L'esperienza internazionale afferma che una maggiore presenza di coperture private produce un aumento dei costi della sanità e non una maggiore efficienza complessiva. L'eventuale riduzione della spesa a carico della finanza pubblica sarebbe più che controbilanciata da un aumento della spesa privata dei cittadini, con un saldo netto che peggiorerebbe i bilanci delle famiglie. Per questo è necessario operare per contrastare il lento indebolimento della sanità pubblica, nell'interesse delle finanze pubbliche e delle tasche dei cittadini.

#### 4. Un'affermazione insidiosa: *ticket più elevati ai ricchi produce più equità*

Un discorso a parte merita la spesa sostenuta dagli italiani per i ticket. In periodi di crisi economica non è raro sentire ipotizzare aumenti del livello di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini appartenenti ai ceti medio-alti, certamente in grado di sopportare maggiori ticket. L'ipotesi è spesso giustificata da ragioni di equità: far pagare di

<sup>2</sup> Per esempio, in Austria il fondo assicurativo più costoso spende, in termini di spesa sanitaria pro capite, il 63% in più del fondo assicurativo più economico, il che favorisce un aumento non sempre appropriato dei consumi. Si veda ad esempio Koettl (2008).

più ai «ricchi» permette di mantenere in vita il sistema (anche) a favore dei «poveri». L'affermazione è molto insidiosa e potrebbe aprire la strada a sistemi alternativi di tutela della salute. Tentiamo qualche breve approfondimento, a partire dalle dimensioni del fenomeno.

L'ammontare complessivo dei ticket pagati dagli assistiti è noto solo in parte, ovvero solo per la farmaceutica e per l'assistenza specialistica erogata dalle strutture pubbliche, mentre per le prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private accreditate l'importo non è rilevato. Complessivamente si stima che la spesa a carico degli assistiti ammonti a circa 4 miliardi di euro, comprese le quote derivanti dalla integrazione rispetto ai prezzi di riferimento dei farmaci generici. Ne risulta un onere a carico dei cittadini storicamente piuttosto contenuto, pari a circa il 4% della spesa sanitaria pubblica, indicativo del ruolo – di mera responsabilizzazione degli assistiti – assegnato dalla legislazione italiana ai ticket (e non anche di finanziamento della spesa). Ancora più incerto è il dato delle entrate al netto dei costi amministrativi di gestione dei ticket e della perdita di gettito Irpef derivante dalle agevolazioni riconosciute ai ticket in sede di dichiarazione dei redditi (difficilmente stimabile, poiché tutte le spese sanitarie detraibili sono accorpate in un'unica voce).

Rilevanti sono le differenze a livello regionale, nella estensione del campo di applicazione dei ticket, nei livelli della compartecipazione, nei criteri di esenzione, nei sistemi di verifica, ecc., anche in relazione alle condizioni della finanza pubblica regionale: i residenti nelle regioni sotto Piano di rientro, ovvero deboli sotto il profilo tecnico e politico, pagano ticket elevati nonostante un'offerta assistenziale meno qualificata e completa.

Il sistema dei ticket e delle esenzioni è stato oggetto negli ultimi anni di una serie di modifiche (procedure di esenzione in base al reddito, introduzione del *superticket* di 10 euro sull'assistenza specialistica, variazioni a livello regionale) che ne hanno aggravato le debolezze, in termini di efficienza e di equità, rendendo sempre più impegnativi gli oneri a carico dei cittadini, soprattutto in un contesto di crisi.

Si pensi all'introduzione del *superticket* di 10 euro, nelle diverse varianti adottate nelle Regioni, che per molte prestazioni rende il ticket più elevato del prezzo praticato dalla sanità privata (Dirindin, 2011a), e il possibile ridimensionamento – in attuazione del Patto per la Salute – delle esenzioni per patologie alle classi medio-alte, con la conseguente spinta alla fuoriuscita dal sistema pubblico di parte della popolazione. Per molti accertamenti diagnostici infatti il costo della prestazione

RPS

Nerina Dirindin

erogata nel mercato privato è inferiore al ticket, da cui un graduale allontanamento dal sistema pubblico di una parte degli assistiti. Inoltre la combinazione di una compartecipazione elevata per le classi medio-alte (il cui reddito è già soggetto ad aliquote fiscali elevate) e un peggioramento dei livelli di offerta della sanità pubblica (anche in relazione alle restrizioni imposte dalla crisi economica) potrebbe produrre un aumento – fra i ceti abbienti – della propensione al ricorso a forme integrative o alternative di copertura, eventualità che potrebbe costituire la premessa per un ruolo sempre più residuale del Ssn. Gli elevati livelli di compartecipazione imposti ai più abbienti riducono infatti i benefici su cui gli stessi possono contare in caso di malattia e li inducono a interrogarsi sulla opportunità di continuare a partecipare a un sistema pubblico universale e globale. Gli obiettivi di equità perseguiti dalle Regioni che hanno modulato il ticket in base al reddito rischiano di essere vanificati dalla progressiva, implicita fuoriuscita dalla sanità pubblica dei medio-alti. Far pagare di più ai ricchi non produce quindi più equità, ma mina alla base un sistema che si basa sulla solidarietà generale realizzata attraverso il prelievo fiscale e favorisce il superamento di un sistema di fatto universalistico e uniforme. Sotto un altro aspetto, il rischio è che il finanziamento del servizio sanitario sia destinato a essere realizzato con un prelievo complessivo (compreso il ticket) più progressivo della generalità della spesa pubblica: quali ragioni possono essere addotte a giustificazione di un (eventuale) sistema che preveda per i servizi sanitari (e non anche per la sicurezza pubblica, per le strade, per gli incentivi alle imprese) un meccanismo di finanziamento più progressivo del prelievo fiscale? Su tali temi il dibattito in corso appare ancora insufficiente.

### 5. Una colpevole illusione: i costi standard

Nell'ultimo decennio, il dibattito sulla introduzione dei costi standard è stato affollato di promesse annunciate e troppo spesso non realizzate, di dichiarazioni ottimistiche divergenti dai comportamenti concreti, mentre al contrario la dimensione dei problemi avrebbe richiesto analisi disincantate, informazioni attendibili, valutazioni rigorose e chiarezza degli obiettivi da raggiungere. Per questo il tema dei costi standard oltre a essere un ritornello abusato è stata una colpevole occasione di scarsa trasparenza e di aspettative illusionistiche (Dirindin, 2011b). La legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale dispone che il

finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, compresi quelli di assistenza sanitaria, sia garantito superando il criterio della spesa storica e introducendo il criterio del «fabbisogno standard» determinato sulla base dei «costi standard». Due obiettivi, il superamento della spesa storica e il riferimento ai fabbisogni standard, assolutamente condivisibili ma che, nonostante le continue dichiarazioni di alcuni rappresentanti istituzionali, non solo non costituiscono una novità per la sanità pubblica ma il cui raggiungimento non è per ora stato facilitato dall'applicazione dei costi standard, anche per la debolezza dei decreti attuativi. Il sistema di definizione del fondo sanitario e i meccanismi di riparto restano infatti sostanzialmente uguali a quelli in vigore da oltre una decina di anni. Paradossalmente, questo rappresenta una novità positiva, perché riconosce che il fabbisogno sanitario nazionale (ora denominato fabbisogno standard) difficilmente può essere determinato con approcci diversi da quello macroeconomico già adottato da tempo. La seconda *non novità* è che i criteri di riparto (ora denominati costi standard) sono gli stessi già adottati in passato: sostanzialmente la quota pro capite pesata per l'età della popolazione. Con una preoccupante differenza: l'utilizzo dei nuovi criteri di riparto avviene in modo ancor più rozzo del recente passato. Inoltre il decreto non chiarisce come possano essere introdotti parametri, quali l'indice di deprivazione sociale, che molti studi hanno dimostrato essere in grado di contribuire a spiegare parte della variabilità del fabbisogno sanitario regionale a parità di struttura per età della popolazione. Si noti che l'adozione di questo criterio (anche solo al margine) aiuterebbe a svenire il clima del conflitto tra regioni, realizzando una redistribuzione più favorevole al Sud fondata su basi scientifiche, anziché sulla mediazione politica. In breve, una innovazione ripetutamente annunciata come rivoluzionaria, ma che si limita a cambiare il nome alla metodologia già da tempo adottata dal settore sanitario e che, nella sua indeterminatezza, rischia di favorire la conflittualità fra le Regioni e la discrezionalità della peggiore politica.

#### *6. Un luogo comune: illegalità e corruzione sono molto diffusi nella sanità pubblica*

Qualche breve considerazione infine sul tema della legalità. La sanità è un settore a rischio di opacità e illegalità per alcune sue caratteristiche intrinseche quali l'ingente quantità di risorse economiche

gestite, la sua complessità professionale e relazionale, il rapporto tra attori pubblici e privati, ma non si può pensare che essa non sia il riflesso della società in cui è innestata. E dunque è possibile una sanità libera dalla corruzione in una società in cui la corruzione tenta affannosamente di predominare? È evidente che la lotta alla corruzione in sanità non può prescindere da un impegno più vasto a favore di alti livelli di integrità, per rafforzare la fiducia dei cittadini nel sistema e per evitare di sottrarre risorse economiche e professionali all'assistenza sanitaria.

La casistica disponibile rivela che l'illegalità è diffusa sia nella sanità pubblica sia nella sanità privata, anzi i casi più odiosi si sono spesso verificati in strutture private accreditate i cui comportamenti illeciti non sono stati riconosciuti e contrastati in maniera adeguata dai sistemi di controllo della comparto pubblico. Molto resta dunque ancora da fare.

Il dilagare della corruzione in vari ambiti della società non può tuttavia essere un alibi per l'inerzia di tutti i professionisti della sanità nei confronti delle illegalità che si verificano all'interno del settore. Anche se il fenomeno è spesso eccessivamente enfatizzato nel dibattito di stampo scandalistico, nessuno può abbassare la guardia rispetto a obiettivi di trasparenza, integrità, correttezza, legalità e rispetto della dignità delle persone.

### *Riferimenti bibliografici*

- Dirindin N., 1997, *Chi paga per la salute degli italiani*, Il Mulino, Bologna.  
 Dirindin N., 2011a, *Un ticket che porta alla sanità privata*, [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info), 19 luglio.  
 Dirindin N., 2011b, *Dieci domande sul federalismo fiscale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.  
 Koettl J., 2008, *Yardstick competition among multiple non-competing health insurance funds: the case of Austria*, World Bank, Washington, D.C.  
 Oecd, 2014, *Health Statistics 2014*, disponibile al sito internet: [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

## Il diritto alla salute nei sistemi socio-sanitari europei. La tragedia greca

**Enza Caruso**

*L'articolo discute l'impatto delle politiche di consolidamento fiscale sulle risorse sanitarie in alcuni paesi dell'Europa occidentale. Al centro della discussione c'è la crisi greca e gli effetti dell'alto livello di disoccupazione sul crescente numero di persone senza copertura sanitaria. L'articolo ripercorre i punti deboli del sistema sanitario greco, la necessità delle riforme e le conseguenze negative*

*del programma di austerità imposto dalla Troika sulle performance del sistema sanitario e sulla salute della popolazione. Sottolinea anche che il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari dovrebbe essere assunto con vincoli forti come priorità politica nella nuova governance europea e gli obiettivi di salute non dovrebbero essere subordinati ad altri obiettivi macroeconomici.*

### 1. Introduzione

La garanzia del diritto alla salute è inclusa nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000. L'accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità è assunto come valore comune dei sistemi sanitari europei (Council of the European Union, 2006) e, in quanto obiettivo della strategia Europa 2020 (European Commission, 2010), promosso con linee guida e parametri di riferimento nei paesi membri attraverso l'*Open method of coordination*<sup>1</sup>.

Dal 2010, l'assistenza sanitaria è materia monitorata nel contesto della sostenibilità delle finanze pubbliche all'interno del ciclo del semestre europeo. Il Consiglio e la Commissione europea possono vincolare le politiche sanitarie dei paesi membri con specifiche raccomandazioni per il raggiungimento degli obiettivi macroeconomici e di finanza pubblica entro il quadro della nuova governance europea (European Commission 2013, 2014). Nella pratica, le raccomandazioni si sono concretizzate sull'uso efficiente delle risorse pubbliche e sulle possibili economie di spesa dai risparmi facili conseguibili per il settore sanitario (ad esempio, farmaceutica, e-procurement, ospedaliera). Di fatto,

<sup>1</sup> Per un approfondimento si rinvia all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=754&langId=en>.

gli obiettivi di garanzia del diritto ad un'assistenza di elevata qualità e di sostenibilità dei sistemi sanitari sono stati posti in secondo piano. Nei paesi più a rischio, le raccomandazioni sono addirittura sostituite con il rinvio alle politiche di consolidamento fiscale dettate dalla Troika. Le riforme strutturali in senso sostenibile richiedono invece tempi lunghi, capacità di governance e risorse per investire nel territorio e nella prevenzione. La nuova governance europea dovrebbe porre più attenzione a tutte le politiche che impattano sulla salute e sul benessere della collettività, considerando che gli Stati nazionali, esclusivi responsabili finali della tutela del diritto alla salute, sono sempre più deboli di fronte alla pressione che la crisi sta imponendo sui sistemi di protezione sociale.

Questo contributo dopo una breve presentazione del ridimensionamento delle risorse per la sanità nei principali paesi dell'Europa occidentale, approfondisce le debolezze e le riforme della sanità in Grecia e gli effetti delle politiche di austerità sulle performance del sistema e sulla salute della popolazione.

## *2. L'attacco alle risorse per la salute nei sistemi sanitari europei*

Lo shock economico e finanziario ha trasformato il vecchio continente in un soggetto debilitato. Culla della cultura del welfare state, appare oggi sempre più incapace di affrontare i fallimenti del mercato con una corretta regolazione di politiche anticicliche.

La recessione ha particolarmente interessato l'area mediterranea: tra il 2008 e il 2013, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna hanno registrato per tre o più anni una contrazione del Pil.

Il 2013 rappresenta per la Grecia il quinto anno di crescita reale negativa (-3,9% dopo il crollo del 7% dei due anni precedenti). Il Pil continua a scendere in Italia (-1,8%), Portogallo (-1,4%) e Spagna (-1,2%), ma la situazione economica stagnante interessa l'intera area Eu15 (-0,4%) (Oecd, 2014).

Mentre le previsioni di crescita continuano a essere traslate in avanti, la Grecia e la Spagna stanno sperimentando il più alto livello di disoccupazione che nel 2013 ha colpito il 25% della forza lavoro (Oecd, 2014).

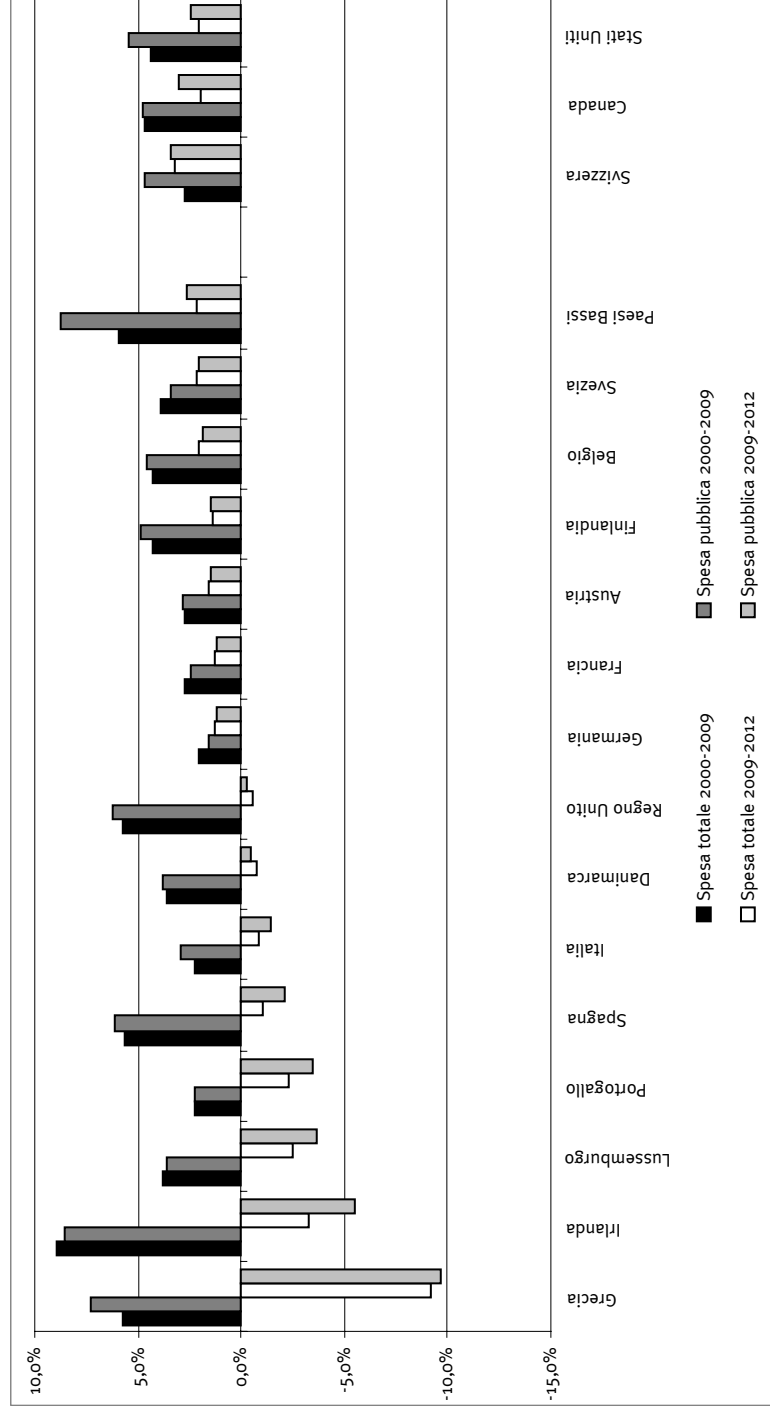
Stretti tra le nuove regole della governance europea, i budget nazionali sono stati pesantemente aggrediti nei paesi più a rischio. Tra bolle immobiliari, salvataggio delle banche, economia stagnante, crisi dei

debiti sovrani, i governi di Cipro, Grecia, Irlanda, Portogallo sotto attacco della speculazione finanziaria hanno beneficiato del *bail out* governativo a opera della Commissione europea, della Banca centrale europea e del Fondo monetario internazionale (la Troika), sottoscrivendo come contropartita i programmi di adeguamento economico (Eap) (Karanikolos e al., 2013; Quaglio e al., 2013). Le politiche di austerità per ripagare il debito, predeterminate e monitorate dalla stessa Troika, si sono sostanziate in un forte aumento della pressione fiscale e in una pesante riduzione della spesa pubblica. Auspicando per questa via la ripresa dei mercati, le misure adottate hanno fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone, subordinandoli agli interessi dei capitali, di banche e assicurazioni. La Troika, sperimentando l'introduzione del modello neoliberista, ha fatto propria la politica della svalutazione interna e là dove ha suggerito la riduzione del salario minimo ha contribuito al crollo della domanda interna e al dilagare della disoccupazione (Matsaganis, 2013).

I sistemi di sicurezza sociale, e in particolare la sanità, sono stati il principale bersaglio delle ricette del rigore in tempi di crisi. Quando la pressione sulla spesa per il welfare si fa più forte, a causa della disoccupazione e di una maggiore richiesta di sostegno al reddito, diventa paradossalmente più facile colpire i servizi in natura (come la sanità), tagliando le risorse pubbliche e caricando i costi sulla spesa privata (Fahy, 2012). Difatti, i risparmi realizzati nel settore della salute sono stati un po' ovunque superiori a quelli realizzati in altri settori (Caruso e Dirindin, 2013).

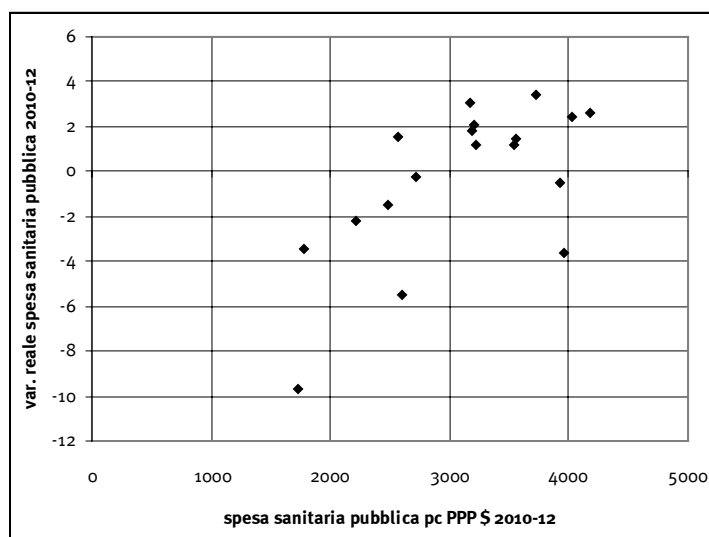
Dopo un generale trend di crescita positiva della spesa sanitaria che ha attraversato il primo decennio del nuovo millennio, il crollo del Pil nel 2009 rappresenta la linea di confine per l'inizio del ridimensionamento delle risorse per la salute, tanto che nei due anni successivi nell'intera area Oecd la crescita reale della spesa sanitaria ha toccato il punto zero (Morgan e Astolfi, 2013, 2014). Tra il 2009-2012 la maggiore dimensione dei tagli reali alle risorse sanitarie totali e pubbliche si registra nei paesi più colpiti dalla crisi (fig. 1), ovvero quelli dove si spendono minori risorse pubbliche per abitante (fig. 2). Nonostante l'Organizzazione mondiale della sanità abbia raccomandato di sostenere in tempi di crisi i sistemi sanitari e l'equità nell'accesso alle cure (Who, 2009), il rallentamento della crescita della spesa sanitaria in questi paesi è andato ben oltre il rallentamento dell'economia (fig. 3).

Figura 1 - Media annuale dei tassi di crescita reali della spesa sanitaria (totale e pubblica, 2000-2012)



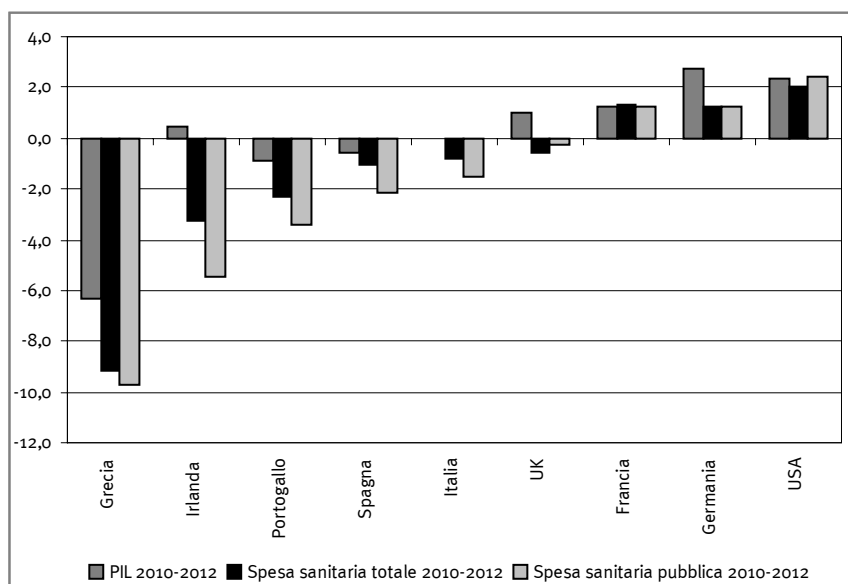
Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 2 - La spesa sanitaria pubblica (relazione valori pc e variazione reale media anni 2010-2012)



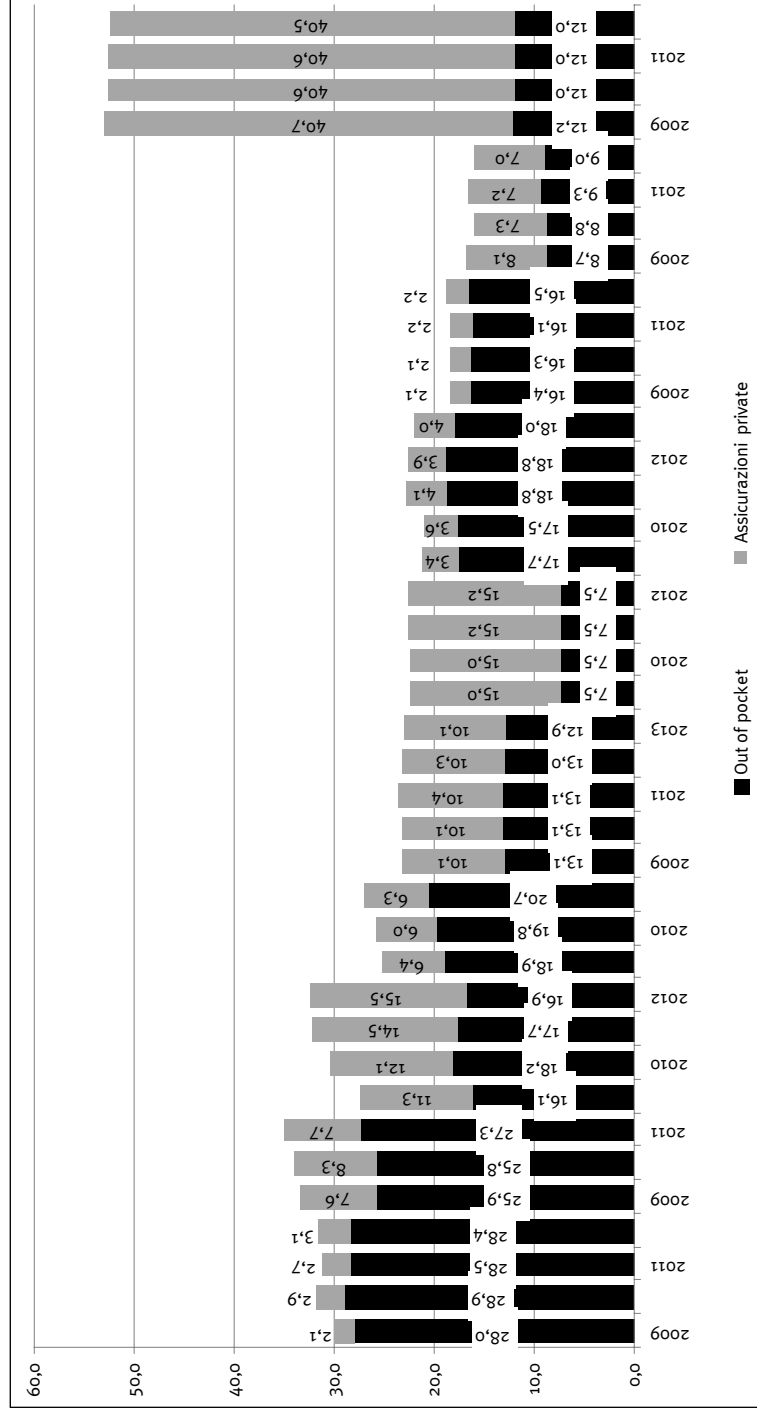
Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 3 - Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica (media annua 2010-2012)



Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 4 - Spesa privata in % della spesa sanitaria totale



Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Di fronte alla crisi dello stato fiscale, la riduzione del finanziamento è stata affrontata principalmente contenendo i costi del personale e l'eccesso di capacità produttiva ospedaliera, oppure sfruttando il potere monopsonista per migliorare la regolazione degli acquisti di beni e servizi. Quando la misura dei tagli al budget sanitario diventa però troppo grande, i guadagni di efficienza vengono meno e queste stesse politiche possono demotivare il personale, far abbassare la qualità dei servizi, incrementare le liste di attesa e indurre problemi di accesso (Thomson e al., 2014; Karanikolos e al., 2013; Karidis e al., 2011). Scelte politiche che guardano al lungo periodo possono invece migliorare l'efficienza futura e la qualità dei servizi sanitari, senza compromettere l'accesso alle cure, se riallocano i risparmi verso politiche di sviluppo della medicina preventiva e territoriale, di network di Hta (*Health technology assessment*), di pratiche e-health (Quaglio e al., 2013). Solo i sistemi sanitari forti hanno potuto intraprendere azioni di riforma per la sostenibilità futura, incentivando le politiche sul territorio.

Nella gran parte dei paesi europei la riduzione della copertura sanitaria pubblica si è tradotta in aumenti di spesa *out of pocket* piuttosto che nello sviluppo delle assicurazioni private. In questo contesto di debolezza del mercato privato, le pressioni dei fondi sanitari integrativi per la privatizzazione di talune prestazioni sociali fornite nell'ambito pubblico si fanno sempre più forti.

### *3. La Grecia: il fallimento della politica economica e la tragedia sociale*

In seguito all'introduzione dell'euro la Grecia ha evidenziato una crescita reale molto sostenuta. Dietro un forte aumento dei consumi interni si celava però un'economia poco competitiva e una governance politica debole, preludio della crisi finanziaria (Matsaganis, 2013).

Dopo aver falsificato i dati, nel 2009 l'indebitamento netto è stato rivisto verso l'alto dal 3,7% al 15,6% del Pil; il debito pubblico dal 99,6% al 129,4%. La perdita di credibilità ha posto la Grecia sotto l'attacco della speculazione dei mercati finanziari, innescando la crisi dei debiti sovrani. La Troika, cosciente che il default della Grecia avrebbe prodotto profonde implicazioni per l'economia globale, ha rotto la clausola no bail out del Trattato di Maastricht. Un primo prestito di 110 miliardi è stato concesso nel maggio del 2010 per far rientrare il paese nei mercati finanziari, un secondo prestito è seguito

nell'ottobre del 2011 di 130 miliardi per garantire la solvibilità del debito, in gran parte detenuto da banche e fondi pensione. Come contropartita il Governo greco ha firmato il *Memorandum of economic and financial policies*, accettando di conseguire risparmi fiscali nell'ordine di oltre 13 miliardi annui (oltre il 7% del Pil) che hanno colpito in particolare la sanità, ritenuta responsabile di oltre un quinto degli squilibri della finanza pubblica (Karidis e al., 2011; Kentikelenis e al., 2011; Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013; Polyzos e al., 2013; Kastanioti e al., 2013; Kentikelenis e al., 2014).

Le politiche di austerità hanno condizionato le riforme per il consolidamento fiscale, imponendo tagli alla spesa pubblica, aumento della pressione fiscale, privatizzazione delle imprese pubbliche, liberalizzazione dei mercati. Il salvagente della Troika è stato la premessa per far sprofondata definitivamente il paese (Matsaganis, 2013; Goranitis e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014).

Nel 2012 la Troika suggerisce infatti di procedere con la politica della svalutazione interna: abbassare il costo del lavoro per rilanciare la competitività del mercato. Le riforme, orientate verso la deregolamentazione, hanno introdotto una maggiore flessibilità in uscita, le soglie per i licenziamenti collettivi sono diminuite, i contratti a termine estesi da 18 a 36 mesi, la contrattazione collettiva nazionale è stata indebolita a favore di quella decentrata, il lavoro intermittente è stato reso più facile. Ma soprattutto, il salario minimo è stato tagliato del 22% in termini nominali e del 32% per i lavoratori sotto i 25 anni, la domanda interna è crollata e la disoccupazione è esplosa: dal 7% del marzo del 2008 è arrivata a superare il 27% nell'aprile 2013 (Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013).

Il modello di protezione sociale greco, tipicamente mediterraneo e fortemente squilibrato sulle pensioni, in assenza di un buon sistema di ammortizzatori sociali e di un reddito di ultima istanza, non era assolutamente in grado di affrontare la crisi e la flessibilità introdotta nel mercato del lavoro.

Per effetto della riduzione del salario minimo, il livello flat della disoccupazione ordinaria è sceso a 360 euro al mese, mentre la durata massima (prima massimo 12 mesi per ogni periodo di disoccupazione) è stata ristretta a 400 giorni nell'arco di un quadriennio. La disoccupazione assistenziale di lunga durata, pari a 200 euro mensili per massimo 12 mesi, poiché soggetta a criteri di eleggibilità stringenti, riesce a coprire solo il 2,8% (circa 20 mila persone) dei potenziali beneficiari (Matsaganis, 2013).

Senza nessuna considerazione dell'effetto dei moltiplicatori fiscali<sup>2</sup> (Blanchard e Leigh, 2013) l'austerità della Troika si è facilmente trasformata da tragedia in farsa. In un vortice senza fine, la perdita di gettito fiscale ha deteriorato la sostenibilità degli stabilizzatori automatici e la capacità di ripianare il debito, determinando un circolo vizioso con misure sempre più severe di taglio alla spesa pubblica.

Con la deregolamentazione del mercato del lavoro è stato sperimentato in Grecia il modello del neoliberismo che ha generato disoccupazione e miseria. Una condizione nota, che non ha esentato la Troika dall'insistere sulle politiche di consolidamento fiscale, costringendo il popolo greco a vivere in una grande tragedia sociale.

#### *4. La Grecia: la tragedia sociale e le riforme della sanità*

La caduta dei redditi, la disoccupazione dilagante e l'assenza di un sostegno al reddito di ultima istanza hanno fortemente compromesso il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari. Condizioni che si sono sovrapposte alle debolezze di un sistema sanitario poco efficiente in cui una spesa sanitaria elevata si è associata a una scarsa qualità dei servizi, peraltro costosi per le tasche dei cittadini.

Nonostante il tentativo del governo socialista nel 1980 di introdurre un sistema sanitario nazionale, la sanità in Grecia resta strutturata secondo un modello misto pubblico privato con un budget pubblico finanziato dalla fiscalità generale, una molteplicità di fondi assicurativi su base occupazionale, un mercato non regolato di strutture private for profit (Mossialos e al., 2005; Kondilis e al., 2013; Niakas, 2013).

L'organizzazione degli ospedali che risale al 1987 ha accusato: una distribuzione del personale basata sul numero dei posti letto che ha tenuto in vita dipartimenti non più esistenti; un rimborso basato sulle giornate di degenza; l'assenza di protocolli da seguire per le procedure sanitarie e di valutazione del personale; la carenza di una rete di coordinamento con una molteplicità di centrali di acquisto e una rilevante varianza di prezzi e costi; una forte invasione della politica nella sfera gestionale. Il sistema sanitario greco presenta inoltre un elevato nume-

<sup>2</sup> Le stime assumono che un moltiplicatore fiscale di 0,5 comporta che una riduzione del deficit di 10 euro si associa ad una riduzione del Pil di 5 euro; con un moltiplicatore fiscale di 1,5 con una riduzione del deficit di 10 euro la contrazione del Pil arriva a 15 euro.

ro di medici per abitante, doppio rispetto alla media europea, a fronte di una scarsità di infermieri; un'elevata spesa farmaceutica<sup>3</sup>, che assorbe un quarto delle risorse sanitarie correnti ed è in valori pro capite la più alta in Europa; le cure primarie sono frammentate tra fornitori pubblici e privati senza forme di coordinamento; e non ultimo una cultura fatta di pratiche clientelari e un'elevata corruzione. Tali caratteristiche, ma soprattutto l'assenza di un sistema informativo per il controllo e la qualità delle cure, hanno impoverito le performance del sistema (Oikonomou e Tountas, 2011; Minogiannis, 2012; Niakas, 2013; Matsaganis, 2013; Polyzos e al., 2013; Vadoros e Stargardt, 2013; Goranitis e al., 2014).

Date le rilevanti asimmetrie informative determinate da una eccessiva frammentazione e da una debole governance (Mossialos e al., 2005), il sistema sanitario greco non è mai stato autosufficiente da un punto di vista finanziario. In mancanza di vincoli macro forti, i servizi sanitari (ospedali e unità di servizi) hanno seguito comportamenti di *soft budget constraint*. Gli ospedali, su cui poggia prevalentemente l'organizzazione del sistema consumando circa la metà della spesa, sono sempre stati in permanente crisi di liquidità: i ritardi dei rimborsi da parte dei fondi assicurativi si sono riflessi in ritardi nei pagamenti verso fornitori, i quali hanno reagito inflazionando i prezzi per tener conto del costo del finanziamento per gli ospedali. Un circolo vizioso di inefficienze in cui ha trovato spazio una forte corruzione (Minogiannis, 2012). I deficit generati sono stati puntualmente ripianati *ex post* dalla fiscalità generale (circa 3 miliardi l'anno, approssimabili a circa lo 0,4-0,7% del Pil) (Polyzos e al., 2013).

Con la sottoscrizione del Memorandum del 2010, la sanità è stata pesantemente aggredita, avendo contribuito in misura rilevante allo squilibrio delle finanze pubbliche.

Le riforme, orientate al mercato, possono essere così sintetizzate: rior-

<sup>3</sup> Le cause di questo eccesso di spesa farmaceutica hanno avuto origine nell'assenza di politiche di promozione dei farmaci generici (un mercato che in Grecia conta il 26% della spesa contro quote del 65% in Germania o del 60% nel Regno Unito) e di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche; nella mancata regolazione di prezzi e volumi troppo elevati (con il più alto tasso di prescrizione di antibiotici); nell'abolizione delle liste positive dal 2006 (implicando il rimborso di qualsiasi farmaco); nei margini di profitto della filiera del farmaco che non sono regressivi (incentivando il consumo di farmaci innovativi). Un mercato quello del farmaco, caratterizzato da elevati margini di corruzione dei medici che percepiscono benefici dalla prescrizione di farmaci branded in elevate quantità (Vadoros e Stargardt, 2013).

ganizzazione dei fondi assicurativi; misure di austerità per recuperare efficienza sui costi del personale, dell'ospedaliera, della farmaceutica e delle procedure di procurement; forte riduzione della copertura sanitaria con aumenti di compartecipazione privata; deregolamentazione dei servizi sanitari privati (Karidis e al., 2011; Kondilis e al., 2013).

Per ridurre la frammentazione delle assicurazioni sociali sanitarie, nel 2011 i quattro principali fondi di malattia, che coprono il 90% della popolazione, sono stati accorpati in un unico fondo Eopyy (Fondo assicurativo sanitario sociale greco) per meglio gestire/compensare la condizione di cronici deficit e ridurre i costi amministrativi (Matsaganis, 2013; Niakas, 2013; Kondilis et al., 2013). Eopyy negozia i rimborsi dei pagamenti con gli ospedali pubblici e privati e i servizi di cura primaria. Le tariffe di rimborso ospedaliero adottano il nuovo sistema Ken-Drg (sistema greco *Diagnosis Related Groups*), con un costo aggiuntivo del 20% per le cliniche private per tener conto del costo del personale (Polyzos e al., 2013).

La riduzione della spesa proviene in larga parte dalle misure adottate sui costi del personale (circa il 75% dei risparmi) (Kondilis e al., 2013). Le retribuzioni di medici e operatori sanitari hanno subito le generali restrizioni del pubblico impiego (Matsaganis, 2013), con tagli lineari che si aggirano intorno al 40%, e le carenze di personale (in particolare infermieristico) hanno fatto sì che gli straordinari siano diventati la regola (Kentikelenis e al., 2011; Goranitis e al., 2014).

In materia ospedaliera, il Memorandum del 2010 ha comportato: la ridefinizione delle strutture secondo un modello *hub and spoke* (i 131 ospedali sono stati trasformati in 82 ospedali centrali interconnessi con 49 ospedali periferici); e l'implementazione del sistema di rimborso tariffario Drg (Polyzos e al., 2013; Minogiannis, 2012). Con la riforma gli ospedali pubblici possono tra l'altro riservare posti letto alle assicurazione private (Kondilis e al., 2013).

Le riforme hanno agito soprattutto sul piano del controllo del finanziamento degli ospedali con: la ricognizione dei debiti nel periodo 2005-2009; l'assegnazione di un budget predeterminato top-down vincolante per tutti gli ospedali; l'introduzione della contabilità economica. Tutti i dati di entrata e uscita, le retribuzioni del personale e le altre spese mediche, i ricoveri e le visite specialistiche ambulatoriali vengono caricati mensilmente nel sistema informativo Esys.net, monitorato dalla Troika, ponendo un freno a quella cultura generale di *soft budget constraint* che ha caratterizzato il sistema fino al 2010 (Minogiannis, 2012; Polyzos e al., 2013).

La Grecia è forse uno degli ultimi paesi ad aver attivato il sistema Drg<sup>4</sup> per il rimborso delle prestazioni ospedaliere. La sperimentazione su un campione di ospedali ha riscontrato che il sistema dei pesi di procedure e diagnosi converge verso il sistema tedesco. Entrambi i paesi, infatti, avendo un sistema di finanziamento su base assicurativa, soffrono di problemi di domanda indotta dall'offerta e di sovradimensionamento dell'assistenza ospedaliera. Il sistema Ken-Drg è entrato in vigore dal 2012 e attualmente interessa circa 1000 Drg. Dallo studio pilota è interessante notare che i 18 Drg dai volumi più elevati hanno evidenziato costi, escludendo il personale, e durate di degenza inferiori a quelli riscontrati in media in Germania (Polyzos e al., 2013). Il recupero di efficienza degli ospedali ha ridotto il costo medio per paziente a fronte di un aumento dei ricoveri ospedalieri (Minogiannis, 2012). Nonostante le misure di austerità, l'introduzione del sistema tariffario Drg secondo un modello competitivo ha però già determinato un incremento del 30% dei rimborsi ospedalieri (Niakas, 2013).

Le misure previste sulla spesa farmaceutica riguardano: i prezzi dei farmaci che hanno subito a più riprese tagli lineari (di oltre il 30% in media pesata); il *price cap* dei farmaci generici (ridotto fino al 40% del prezzo iniziale antecedente alla scadenza del brevetto) e dei farmaci branded (tagliato del 50% dopo l'entrata nel mercato del primo generico); la reintroduzione di liste positive; la revisione del mark up dei grossisti (ridotto dal 7,8% al 5,4%) e gli sconti imposti ai farmacisti; le procedure centralizzate per l'acquisto di farmaci ospedalieri (dando priorità alle gare di acquisto dei generici) (Polyzos e al., 2013; Vandooros e Stargardt, 2013).

Un provvedimento di legge che avrebbe obbligato dal 2012 i medici a prescrivere il principio attivo e i farmacisti a dispensare il farmaco generico più economico, per l'opposizione dei medici di medicina generale ha fatto marcia indietro, salvaguardando la prescrizione dei far-

<sup>4</sup> Il sistema di rimborso via Drg, introdotto per la prima volta nel 1983 negli Usa, e successivamente implementato nella gran parte dei paesi industrializzati a partire dagli anni '90, si basa sulla valorizzazione pesata delle prestazioni (diagnosi e procedure definite attraverso il sistema di classificazione internazionale Icd-10) fornite ad ogni paziente. Tale sistema oltre che aumentare la trasparenza e supportare il management delle strutture ospedaliere, se di tipo prospettivo, ovvero basato su un budget predeterminato assegnato alle strutture ospedaliere, permette di migliorare l'efficienza, diversamente se di tipo retrospettivo (*fee for service*) induce problemi di espansione della domanda (Polyzos e al., 2013).

maci branded e scaricando sui pazienti la differenza di prezzo (Vandoros e Stargardt, 2013).

La riorganizzazione delle procedure di acquisto di farmaci e dispositivi medici è invece iniziata prima della crisi con l'istituzione nel 2007 del sistema Epy (sistema di *health procurement* centralizzato). Sotto la guida della Troika, sono state rafforzate le politiche di acquisto congiunte tra gli ospedali al fine di ottenere maggiori riduzioni di spesa attraverso accordi di prezzo-volumi. Epy ha il compito di controllare che il processo delle gare avvenga nel rispetto delle regole della concorrenza, la qualità dei prodotti acquistati sia accettabile, gli acquisti siano contenuti entro un budget annuale predeterminato, tagliando gli eccessi di spesa delle strutture sanitarie. Maggiori risparmi sono attesi anche dall'attivazione dell'osservatorio dei prezzi che svolge funzioni di trasparenza, comparando gli acquisti dei singoli ospedali con la fissazione di tetti massimi per i prezzi delle gare di acquisto (Kastanioti e al., 2013).

Si consideri inoltre che il minor prezzo di riferimento dei farmaci in Grecia è stato utilizzato da altri paesi per ridurre il costo dei farmaci. Per questo, molti produttori hanno minacciato di ritirare i loro prodotti dal mercato greco o di annullarne il lancio. Oltre la politica dei prezzi, il controllo dei volumi di farmaci e dispositivi medici attraverso la fissazione di budget di spesa, linee guida fondate sull'Hta e target di prescrizione per i medici, potrebbero meglio contribuire al controllo dei costi (Vandoros e Stargardt, 2013; Kastanioti e al., 2013; Goranitis e al., 2014).

Sul fronte delle cure primarie territoriali, che assorbono solo un quarto della spesa, i distretti sono stati riconvertiti in strutture autonome con medici e dentisti alle dipendenze. Con la riforma, molto criticata, i medici sono obbligati a garantire al massimo 200 visite mensili (in cambio di una compartecipazione di 10 euro per visita), oltre le quali possono svolgere attività privata in intramoenia. La riorganizzazione delle cure primarie ha compromesso l'accesso al pubblico non appena le liste garantite dei medici si riempiono (Matsaganis, 2013; Goranitis e al., 2014). In sostanza, tagliando le risorse pubbliche, il governo ha utilizzato le cure primarie come il principale strumento per fare cassa.

D'altra parte, per la sanità privata si è assistito invece ad una maggiore deregolamentazione dei servizi sanitari, avvenuta con la rimozione dei controlli pubblici sulle nuove strutture, e con l'eliminazione di tutte le limitazioni riguardanti l'insediamento di laboratori, centri medici e unità di dialisi private (Kondilis e al., 2013).

RPS

IL DIRITTO ALLA SALUTE NEI SISTEMI SOCIO-SANITARI EUROPEI LA TRAGEDIA GRECA

Oltre alle misure di austerità per l'efficientamento dei costi, al contenimento della spesa ha contribuito anche il razionamento della domanda. L'aumento della compartecipazione privata ha contratto i consumi e colpito in forma regressiva le persone più vulnerabili (Kentikelenis e al., 2011; Karanikolos e al., 2013).

Nonostante l'enormità dei problemi il sistema sanitario greco prima della crisi ha fornito una copertura «pressoché universale», essendo la maggioranza della popolazione assicurata, mentre gli ospedali pubblici hanno comunque prestato servizi ai non assicurati e ai migranti (Niakas, 2013).

Il nuovo fondo assicurativo Eopyy, invece, ha ristretto la copertura sanitaria escludendo alcune prestazioni prima fornite (cure dentali, fisioterapia) e incrementando la compartecipazione privata alla spesa per gli esami diagnostici e le prescrizioni farmaceutiche territoriali di cui è responsabile. I disoccupati di lunga durata restano esclusi dalla copertura del nuovo fondo. La compartecipazione privata alla spesa è piena per le consultazioni mediche quando le liste garantite si esauriscono; quella farmaceutica riguarda ovviamente la differenza tra i prezzi di mercato e quelli di riferimento rimborsati dalle casse malattia, cui si aggiunge un ticket di € 1 per ogni ricetta; per le visite specialistiche nei distretti e negli ospedali pubblici il ticket è salito da € 3 a € 5; è stata inoltre introdotta una coassicurazione che va dal 10% al 20% per le prestazioni rese ai malati cronici. L'apertura pomeridiana degli ambulatori ospedalieri comporta per gli accessi un costo che varia da 25 a 72 euro. Un ticket di 25 euro per ogni ricovero ospedaliero è stato soppresso dal 2014, mentre la compartecipazione privata per l'accesso agli ospedali privati va dal 20% fino a raggiungere il 50% per gli agricoltori (Niakas, 2013; Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013; Goranitis e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014).

Rispetto a una generale riduzione in valori reali e nominali della spesa *out of pocket*, le categorie a basso reddito hanno aumentato la spesa privata per farmaci e servizi ospedalieri a fronte di un reddito ridotto. Ciò significa che per le persone a basso reddito la domanda è anelastica per i bisogni di cura essenziali (Kondilis e al., 2013).

La crisi e la riduzione della copertura sanitaria territoriale hanno fatto aumentare la domanda di ricoveri pubblici (Karamanoli, 2011; Kentikelenis e al., 2011; Karanikolos e al., 2013). Per rispondere ai bisogni di cura insoddisfatti, nei centri urbani sono sorti ambulatori sociali che garantiscono con il lavoro gratuito e volontario dei medici le cure primarie (Kentikelenis e al., 2014).

La Troika e il Governo sostengono che le riforme vanno nella giusta direzione, ma in realtà le riforme, anziché promuovere equità di accesso, hanno tracciato la strada della privatizzazione, incentivando lo sviluppo dei mercati interni con la totale separazione tra la domanda (il nuovo fondo come principale acquirente dei servizi sanitari) e l'offerta nel sistema (ospedali e strutture per le cure primarie, pubblici e privati, come fornitori autonomi e competitivi) (Karidis e al., 2011; Niakas, 2013). Si tratta di modello di decentramento che nei sistemi sanitari avanzati è stato implementato nei primi anni '90, superato poi nel nuovo millennio con il riaccentramento della governance per una migliore programmazione delle politiche sanitarie in senso sostenibile (Caruso e Dirindin, 2010; Goranitis e al., 2014). Se allora, la privatizzazione dei servizi pubblici e i tagli alla spesa pubblica venivano invocati come chiave di volta per una migliore fornitura di servizi pubblici, oggi lo slogan utilizzato per giustificare le stesse politiche è che alcuni paesi hanno vissuto oltre le proprie possibilità e quindi non possono più permettersi i loro sistemi di welfare fondati sui servizi pubblici. L'evidenza empirica ha invece dimostrato che queste politiche aumentano le disuguaglianze di accesso tra i territori e i gruppi di popolazione (Kondilis e al., 2013). Anziché dare priorità alle cure primarie e riorganizzare il sistema sanitario in senso universale già finanziato con le finanze pubbliche (Fragkoulis, 2012; Niakas, 2013), la tragedia sociale greca è quella di una popolazione che è diventata il test dell'impatto dell'austerità sulla salute e il benessere delle persone.

### 5. *Denialism*

La crisi è stata inizialmente vista come un'opportunità di riforma per migliorare la regolazione di un sistema sanitario caratterizzato da debolezze amministrative, inefficiente e inefficace nell'utilizzo delle risorse (Liaropoulos, 2012; Karidis e al., 2011), ma si è trasformata in una tragedia greca (Kentikelenis e al., 2011), che sotto i colpi della scure dei tagli imposti dalle misure di austerità, ha portato il sistema sanitario al collasso (McKee e al., 2012). La misura (troppo grande) e i tempi (troppo stretti) per la realizzazione dei risparmi nella sanità stanno determinando conseguenze catastrofiche, tanto da indurre 100 medici e accademici a sottoscrivere una petizione pubblica esprimendo serie preoccupazioni al governo della Troika (Kakouli e al., 2013). L'altra faccia delle riforme mostra infatti un peggioramento delle per-

formance del sistema. I rischi di salute della popolazione greca stanno lievitando nel tempo (Kondilis e al., 2013).

L'aumento della domanda di servizi pubblici che il sistema di offerta, soggetto a forti restrizioni, non riesce a sostenere, ha determinato un aumento delle liste d'attesa anche per gli interventi più urgenti, come quelli associati ai tumori. L'impatto sui servizi ospedalieri è stato rilevante. La mancanza di strumenti laparoscopici, agenti emostatici, cucitrici chirurgiche, di suture e garze, di antibiotici è stata esplicitamente denunciata dai medici e dai media in tutto il paese. I ritardi nei pagamenti stanno inducendo molti fornitori a ritirare le commesse, che vengono sostituite con materiali di scarsa qualità. Le procedure non invasive (ad esempio, in laparoscopia) sono diminuite in favore di un ritorno alla chirurgia tradizionale, che non diminuisce i costi di lungo periodo per effetto di complicazioni post-operatorie dovute a infezioni e maggiori durate di degenza. Un generale detrimento delle strutture pubbliche sposta l'asse della sanità di qualità su quelle private (Karidis e al., 2011).

Le farmacie per i ritardi dei pagamenti stanno cumulando debiti insostenibili. Molti pazienti devono ora pagare in anticipo per poi attendere i rimborsi dei fondi assicurativi. Molte persone non hanno un reddito sufficiente per acquistare i farmaci prescritti dai loro medici. Le aziende farmaceutiche hanno ridotto le forniture a causa di fatture non pagate e bassi profitti (Kentikelenis e al., 2014).

Le politiche di prevenzione sono state tagliate, facendo aumentare i vettori di trasmissione delle infezioni (Kondilis e al., 2013). Nel primo anno di austerità, nonostante l'aumento delle tossicodipendenze, un terzo dei servizi di unità di strada sono stati soppressi per mancanza di fondi; la distribuzione di siringhe e profilattici ai tossicodipendenti è stata ridotta del 10% e del 24%, rispettivamente. Conseguentemente, il numero di nuove infezioni da Hiv tra i tossicodipendenti è aumentato da 15 casi nel 2009 a 484 nel 2012, e dati preliminari per il 2013 indicano che l'incidenza della tubercolosi in questa popolazione è più che raddoppiata rispetto al 2012. Le politiche di disinfestazione delle aree urbane sono state soppressi per mancanza di fondi nei bilanci municipali contribuendo, in combinazione con altri fattori, a far riemergere dopo 40 anni malattie come la malaria (Kentikelenis e al., 2014).

Mentre le malattie depressive aumentano per effetto della disoccupazione, i servizi di salute mentale vengono tagliati. Suicidi e tentati suicidi sono crescenti per i soggetti in condizioni di difficoltà economico-sociali. Sale il numero di persone con bisogni di cura insoddisfatti

per l'incapacità di sostenerne i costi (Kentikelenis e al., 2011; Economou e al., 2011; Karanikolos e al., 2013; Eurofound, 2013; Kondilis e al., 2013; Kentikelenis e al., 2014).

La copertura sanitaria, garantita in caso di perdita del lavoro al massimo per 2 anni, è negata alla gran parte dei disoccupati di lunga durata, essendo l'accesso ai servizi sanitari condizionato a stretti criteri *means-tested*. In un sistema sanitario di tipo assicurativo che pesa per circa il 90% del finanziamento sulla fiscalità generale, il paradosso è che ai non assicurati non è garantito il diritto universale di accesso ai servizi sanitari (Niakas, 2013; Thomson e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014). Médecins du Monde parla di 3 milioni di cittadini senza copertura medica, mentre le fonti governative abbassano le stime tra i 2 milioni e i 2 milioni e mezzo (Karamanoli, 2011; Kentikelenis e al., 2011, 2014).

I bambini a rischio povertà sono aumentati dal 28,2% del 2007 al 30,4% nel 2011. Nel 2012 le Nazioni unite hanno denunciato il non rispetto del diritto di accesso alla salute dei bambini in Grecia. La mortalità neonatale è aumentata del 21% tra il 2008 e il 2011 a causa della riduzione di accesso ai servizi; la mortalità infantile è aumentata del 43% tra il 2008 e il 2010 per il peggioramento delle condizioni economiche (Kentikelenis e al., 2014).

Kentikelenis e i suoi colleghi hanno accusato con forza che quando un governo nega contro ogni evidenza i danni prodotti dalle politiche di austerità sulla salute della popolazione e propaganda la menzogna che chi non può permettersi un'assicurazione privata può comunque ricevere cure gratuite, non intende proteggere e rappresentare il suo popolo. Quando le riforme non considerano come priorità i costi sociali della crisi e non sono in grado di promuovere la coesione sociale, rappresentano un fallimento. Spetta quindi alla comunità scientifica sollevare questioni di giustizia distributiva, denunciare il negazionismo delle fonti governative e fornire una differente rappresentazione.

## 6. *Che fare?*

L'assenza di sviluppo, che significa perdita di reddito e disoccupazione, comprime i sistemi di protezione sociale sempre più entro l'assenza di regole della globalizzazione dei mercati finanziari e reali. La risposta della politica economica internazionale è stata quella di porre i diritti degli individui ad un livello subordinato rispetto alle esigenze dei capitali. Di fronte alla depressione economica (e conseguente-

mente umana), la scure dei tagli alla spesa pubblica si è abbattuta infatti proprio sulle politiche universali su cui si fonda la coesione sociale: la salute in primis.

La crisi non ha però influenzato tutti i paesi allo stesso modo, anche se la crescita della spesa sanitaria è rallentata ovunque. Alcuni sistemi sanitari sono stati meglio in grado di affrontare la pressione su budget governativi. Là dove la sanità presenta adeguati livelli di spesa sanitaria, elevata copertura e ridotta spesa *out of pocket*, le azioni di riforma, anche con politiche contro cicliche, hanno inteso migliorare l'efficienza e l'equità delle prestazioni tracciando percorsi di cura più efficaci e sostenibili nel tempo (Thomson e al., 2014; Quaglio e al., 2013).

Diversamente, nei paesi soggetti alle politiche di austerità la spesa sanitaria è stata pesantemente colpita da politiche pro cicliche, tanto che in valori nominali è oggi inferiore ai dati registrati pre-crisi. La dimensione troppo grande dei tagli e i tempi troppi stretti richiesti per il consolidamento fiscale, hanno compromesso le performance future dei sistemi sanitari. I costi della crisi sono stati fatti ricadere sulle persone più vulnerabili che oggi incontrano maggiori problemi di accesso ai servizi di cura (Karanikolos e al., 2013; Kentikelenis e al., 2011; Economou e al., 2011; Eurofound, 2013).

Le performance dei sistemi sanitari nel contesto della crisi sono influenzate dalla presenza di un buon sistema di stabilizzatori automatici. Una recessione per quanto grande sia, non dovrebbe essere un problema se la protezione sociale è ben strutturata. I disoccupati sono infatti il *core* del welfare state, progettato per affrontare le crisi e attenuarne le conseguenze (Castles, 2010). E adeguati livelli di sostegno al reddito mitigano gli effetti avversi sulla salute causati dall'insicurezza finanziaria.

La Grecia, epicentro della crisi, è stata invece sottoposta a uno dei programmi più radicali di ridimensionamento dello stato sociale. Le ricette indicate dall'ortodossia dell'austerità sono state quelle tipiche della prima dottrina del neoliberismo degli anni '80: privatizzare i servizi, deregolamentare i mercati per la ripresa dell'economia (Commission on global governance for health, 2014).

Le richieste della Troika, senza adeguate capacità, risorse e sufficiente attenzione al benessere degli individui, sottovalutando gli effetti dei moltiplicatori fiscali, hanno fallito nell'affrontare le inefficienze, creando vuoti di responsabilità nella governance politica. Riforme complesse, che in circostanze normali richiedono tempo e investimenti, sono state sacrificate con coltelli da macellaio per le priorità macroecono-

miche di pareggio dei bilanci e ripiano del debito, a prescindere dal miglioramento dell'efficienza.

La dilagante disoccupazione, innescata dall'adozione delle politiche neoliberiste e aggravata dalle politiche di austerità, pone adesso questioni di giustizia distributiva per i non assicurati cui è negato il diritto di accesso ai servizi sanitari.

La Commissione europea fino a oggi, nelle sue raccomandazioni di chiusura del ciclo del semestre europeo, si è limitata per i paesi salvati dalla Troika a un generale rinvio alle linee indicate negli Eap (programmi di aggiustamento economico), senza alcuna valutazione degli effetti negativi prodotti sulla salute. I governi nazionali hanno obbedito e le voci della sanità pubblica sono state in gran parte assenti nel dibattito sulle politiche di risposta alla crisi. Solo le organizzazioni della società civile e i professionisti del mondo sanitario, stanno denunciando i danni causati alla salute e alla sostenibilità dei sistemi sanitari nel lungo periodo. L'idea che i tagli alla spesa pubblica e la riduzione della pressione fiscale siano la preconditione per la crescita è oggi sempre più criticata. Ed è proprio dietro le proteste della società civile, che lo stesso Fondo monetario internazionale ha riconosciuto i limiti dell'austerità per la ripresa dell'economia e gli effetti negativi provocati dall'attacco ai sistemi di sicurezza sociale (Imf, 2012).

Solo recentemente, data l'importanza delle politiche sanitarie, il Consiglio europeo ha invitato gli Stati membri e la Commissione europea a riflettere sulle modalità di investimento dei fondi strutturali in sanità, dando priorità all'integrazione ospedale-territorio (Consiglio dell'Unione europea, 2013).

L'Europa, con i fondi di coesione e sviluppo, sta finanziando in Grecia per gli anni 2013-14 un programma per la copertura delle visite mediche e degli esami diagnostici di 230 mila persone povere che sperimentano periodi di disoccupazione superiori a 2 anni, mentre l'Oms, visti i fallimenti governativi, fornirà il suo sostegno tecnico per l'implementazione delle riforme sanitarie (Matsaganis, 2013; Kentikelenis e al., 2014). Ma si tratta comunque di risorse scarse che non compensano gli ulteriori tagli allo stato sociale richiesti al governo greco per il rispetto degli Eap su cui la Troika continua a vigilare.

La sostenibilità dei sistemi sanitari non è solo un problema di risorse (da gestire in maniera efficiente e trasparente). Piuttosto difendere adeguati livelli di finanziamento è il presupposto per garantire l'accesso universale (secondo equità) a prestazioni sanitarie (efficaci) di elevata qualità (Who, 2010).

Di fronte a mercati sempre più aggressivi, le politiche nazionali sono sempre più deboli e stanno compromettendo la stessa sopravvivenza dei sistemi sanitari. Quanto, in futuro, l'Europa saprà salvaguardare il diritto alla salute dipenderà in larga misura dalla capacità e qualità della leadership politica internazionale di non subordinare le priorità di salute ad altri obiettivi di politica economica. Una questione di scelte politiche, perché la sanità non consuma solo risorse ma rappresenta anche un settore fondamentale di crescita economica.

Ciò che non dovremmo permettere nell'Unione europea è che continuino a sussistere profonde diseguaglianze di salute determinate dalla limitazione dell'equità di accesso ai servizi sanitari. Se la protezione sociale è un diritto universale che, fatto proprio nei trattati europei, non viene garantito, il problema va ricercato nel modo in cui il mondo è organizzato, il che richiede di affrontare la crisi dei sistemi di sicurezza sociale a partire da un'analisi del potere e delle sue disfunzioni (Commission on global governance for health, 2014). La crisi dei sistemi sanitari è infatti prima di tutto una crisi di responsabilità pubbliche che hanno abbandonato il campo delle politiche sanitarie e hanno sostituito gli obiettivi di universalità ed equità nella tutela della salute con il falso principio della scelta del consumatore, retrocedendo di fronte agli interessi di un «fallimentare mercato» e della sua competitività.

Se perfino nel vecchio continente il contesto della globalizzazione e finanziarizzazione dell'economia minaccia la sopravvivenza dei sistemi di protezione sociale (siano essi alla Beveridge o alla Bismark) e, nello stesso tempo, i settori forti del mondo della sanità ostacolano la riallocazione delle risorse in senso sostenibile per soddisfare i bisogni emergenti di intervento e cura «nel» e «del» territorio, allora le regole sugli obiettivi di salute dovrebbero essere fissate con vincoli forti a un livello più elevato.

La governance per la salute rappresenta una sfida politica di massima priorità in relazione a tutte le politiche pubbliche: ma fino a che punto il vecchio continente per restare unito è disposto a tutelare la sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale nell'interesse della collettività, garantendo a tutti un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica?

In attesa di risposte, ad Atene la democrazia del diritto universale alla salute è oggi difesa da quei professionisti del mondo sanitario che volontariamente e gratuitamente stanno mettendo le loro competenze a disposizione di tutti, senza alcuna distinzione, perché come scritto

sulla porta di uno degli ambulatori popolari del quartiere di Exarchia «tutti noi siamo potenzialmente immigrati, senza tetto, disoccupati e senza diritto di accesso alle strutture medico sanitarie gratuite».

### Riferimenti bibliografici

- Blanchard O. e Leigh D., 2013, *Growth forecast errors and fiscal multipliers*, Working paper wp/13/1, International monetary fund, Washington.
- Caruso E. e Dirindin N., 2010, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in Guerra M.C. e Zanardi A. a cura di, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, Il Mulino, Bologna, pp. 205-240.
- Caruso E. e Dirindin N., 2013, *Sanità pubblica: legittima difesa*, in Zanardi A. a cura di, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, pp. 103-133.
- Castles F.G., 2010, *Black swans and elephants on the move: the impact of emergencies on the welfare state*, «Journal of European Social Policy», vol. 20 (2), pp. 91-101.
- Commission on global governance for health, 2014, *The political origins of health inequity: prospects for change*, «The Lancet», n. 383, pp. 630-67.
- Consiglio dell'Unione europea, 2013, *Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili. Pacchetto di strumenti per investimenti efficaci di fondi strutturali nel campo della salute 2014-2020*, 17871/13, San 531.
- Council of the european Union, 2006, *Council conclusions on common values and principles in Eu health systems – 2733rd Employment, social policy, health and consumer affairs Council meeting*, 1-2 giugno, Brussels.
- Economou M., Madianos M., Theleritis C., Peppou L.E. e Stefanis C.N., 2011, *Increased suicidality amid economic crisis in Greece*, «The Lancet», n. 378, p. 1459.
- Eurofound, 2013, *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the Eu*, Dublino.
- European commission, 2010, *Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Com(2010) 2020 final, Brussels.
- European commission, 2013, *Europe 2020 – Country specific recommendations*, disponibile all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/>.
- European commission, 2014, *Europe 2020 – Country specific recommendations*, disponibile all'indirizzo internet: [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm).
- Fahy N., 2012, *Who is shaping the future of European health systems?*, «British Medical Journal», n. 344, e1712.
- Fragkoulis E., 2012, *Economic crisis and primary healthcare in Greece: «disaster» or «blessing»?*, «Clinical Medicine», n. 12, p. 607.
- Goranitis I., Siskou O. e Liaropoulos L., 2014, *Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece*, «Health Policy», n. 117, pp. 279-284.

RPS

Enza Caruso

- Imf, 2012, *Coping with high debt and sluggish growth*, *World economic outlook*, ottobre, Washington.
- Kakouli T., Akritas A., Albrecht-Piliouni E., Almpoura E., Denis V.S., Anastasopoulou I. e al., 2013, *Troika mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an open letter to the greek government*, «British Medical Journal», n. 346, f2807.
- Karamanoli E., 2011, *Debt crisis strains Greece's ailing health system*, «The Lancet», n. 378, pp. 303-304.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P. e McKee M., 2013, *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, «The Lancet», n. 381, pp. 1323-31.
- Karidis N.P., Dimitroulis D. e Kouraklis G., 2011, *Global Financial Crisis and Surgical Practice: The Greek Paradigm*, «World Journal of Surgery», n. 35, pp. 2377-2381.
- Kastanioti C., Kontodimopoulos N., Stasinopoulos D., Kapetaneas N. e Polyzos N., 2013, *Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis*, «Health Policy», n. 109, pp.7-13.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. e Stuckler D., 2011, *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, «The Lancet», n. 378, pp. 1457-8.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M. e Stuckler D., 2014, *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, «The Lancet», n. 383, pp. 748-753.
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H. e Benos A., 2013, *Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the greek case*, «American Journal of Public Health», e1.
- Liaropoulos L., 2012, *Greek economic crisis: not a tragedy for health*, «British Medical Journal», e7988.
- Matsaganis M., 2013, *The greek crisis: social impact and policy responses*, Friedrich Ebert Stiftung, Department of Western Europe/North America, German, disponibile all'indirizzo internet: <http://library.fes.de/pdf-files/id/10314.pdf>.
- McKee M., Karanikolos M., Belcher P. e Stuckler D., 2012, *Austerity: a failed experiment on the people of Europe*, «Clinical Medicine», n. 12, pp. 346-50.
- Minogiannis P., 2012, *Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era*, «Social Cohesion and Development», vol. 7 n. 1, pp. 69-80.
- Morgan D. e Astolfi R., 2013, *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?*, Oecd Health working paper n. 60, Delsa/Hea/Wd/Hwp, 1.
- Morgan D. e Astolfi R., 2014, *Health spending continues to stagnate in many Oecd countries*, Oecd Health working paper n. 68, Delsa/Hea/Wd/Hwp, 1.
- Mossialos E., Allin S. e Davaki K., 2005, *Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*, «Health Economics», n. 14, pp. 151-168.
- Niakas D., 2013, *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*, «International Journal of Health Services», vol. 43 (4), pp. 597-602.
- Oecd, 2014, *Oecd Health Statistics 2014*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- Oikonomou N. e Tountas Y., 2011, *The greek economic crisis: a primary health-care perspective*, «The Lancet», vol. 377, pp. 28-29.

- Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C. e Kontodimopoulos N., 2013, *Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a Drg system*, «Health Policy», n. 109, pp. 14-22.
- Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensela L., Arnold E. e McDaid D., 2013, *Austerity and health in Europe*, «Health Policy», n. 113, pp. 13-19.
- Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A. e al., 2014, *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Policy summary 12, Who/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Vandoros S. e Stargardt T., 2013, *Reforms in the greek pharmaceutical market during the financial crisis*, «Health Policy», 109, pp. 1-6.
- Who, 2009, *Health in times of global economic crisis: implications for the Who european region – overview of the situation in the Who european region*, Who regional office for Europe, Copenhagen.
- Who, 2010, *Health systems financing – the path to universal coverage*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.who.int/whr/2010/en/>.

RPS

Enza Caruso



## Prevenzione della corruzione e trasparenza in sanità

**Elisabetta Midena**

*Dopo un inquadramento di carattere generale sui costi della corruzione in sanità e sulle sue principali cause, si illustrano le principali misure adottate in Italia per prevenire fenomeni corruttivi con particolare riferimento a quanto previsto nella legge n. 190/2012: istituzione dell'Autorità nazionale anticorruzione, predisposizione di un Piano nazionale anticorruzione e, all'interno di ogni amministrazione, di Piani triennali per la prevenzione della corruzione nonché di Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità. L'autore si sofferma poi sui risultati*

*di una prima rilevazione, condotta nel 2014, sulla loro attuazione in un campione di Aziende sanitarie locali mettendo in evidenza, in particolare per la trasparenza, una tendenza all'adempimento di quanto previsto dalla normativa, tuttavia con limitati livelli di qualità nella pubblicazione dei dati. Nelle considerazioni conclusive si sottolinea l'importanza del coinvolgimento degli stakeholder e di iniziative di sensibilizzazione della società civile quali fattori fondamentali per ottenere buoni risultati nelle politiche di prevenzione della corruzione.*

### *1. Premessa. La corruzione in sanità*

Il settore della sanità è tra i principali ambiti economici della nostra società e, anche per questo, oggetto di fenomeni di illegalità e di corruzione, a livello nazionale e internazionale (Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione - Governo italiano, 2012).

Secondo il *Bribe payers index* 2011, elaborato da Transparency International, che misura la predisposizione dei dirigenti di un'azienda ad accettare il pagamento di tangenti all'estero, il settore della sanità si colloca al settimo posto sui 19 settori analizzati<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Per un approfondimento sul *Bribe payers index* 2011 si rinvia all'indirizzo internet: <http://bpi.transparency.org/bpi2011/>.

Per quel che riguarda l'Italia, da un'indagine di Eurobarometro (2011)<sup>2</sup> risulta che il 40% degli italiani intervistati – contro il 30% della media Ue – ritiene che la corruzione sia diffusa nel settore della sanità pubblica, percentuale che sale al 59%, contro il 47% della media Ue, per i funzionari che aggiudicano le gare d'appalto.

In Italia la sanità suscita appetiti considerevoli per l'entità delle risorse economiche che mobilita. Secondo dati Censis (Collicelli in Ispe, 2014), la sanità assorbe circa 115 miliardi di euro di spesa pubblica (7,3% del Pil) e circa 30 miliardi di spesa privata, per un totale superiore al 9% del Pil. La filiera produttiva del settore sposta più di 153 miliardi di euro (11,2% del Pil) e ha un numero totale di addetti di 1 milione e 570 mila unità (6,4% dell'economia nazionale).

I costi economici della corruzione in sanità sono difficilmente quantificabili, sia per le difficoltà oggettive collegate in generale alla misurazione della corruzione, che è un fenomeno per lo più sommerso, sia per le peculiarità del settore quali le dimensioni economiche e strutturali del servizio pubblico, la numerosità e la tipologia degli attori coinvolti e dei servizi erogati, la discrezionalità medica.

Per la «Rete europea contro le frodi e la corruzione» nel sistema sanitario, in Europa, il costo medio di tali reati in sanità è stato stimato intorno al 5,6% del budget disponibile (Bissoni, 2014). Sempre secondo il Libro bianco dell'Ispe (2014), costi più elevati pari a circa 23,6 miliardi sarebbero causati da sprechi e inefficienze collegati ai fenomeni corruttivi.

Ma oltre ai costi economici, quelli non economici sono particolarmente pesanti nel settore sanitario in cui le persone malate e le loro famiglie, spesso in una condizione di debolezza, sono le principali vittime. La corruzione causa perdita di fiducia nel sistema di tutela della salute, riduce l'accesso ai servizi, incide sull'efficienza, sull'efficacia, sulla qualità e sull'equità dei servizi. Fa peggiorare, in modo significativo, a parità di altre condizioni, gli indicatori generali di salute delle popolazioni<sup>3</sup>.

Diverse indagini negli ultimi anni (Ispe, 2014; Rissc, 2013) hanno messo in luce le principali caratteristiche del nostro Servizio sanitario

<sup>2</sup> Citata anche nel documento *Illuminiamo la salute, per non cadere nella ragnatela dell'illegalità* (Avviso pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele, Libera, 2013).

<sup>3</sup> Nel Rapporto del 2006 di Transparency International è stato evidenziato questo collegamento tra l'aumento della corruzione e il peggioramento delle condizioni di salute della popolazione.

nazionale (Ssn) che possono generare corruzione e hanno individuato i principali ambiti in cui essa si annida. Di seguito se ne citano, in modo non esaustivo, solamente alcuni: la selezione del personale a cominciare dalle figure apicali degli enti; il settore dei contratti (forniture di medicinali, macchinari ecc.); la gestione dei pagamenti, considerato che a causa degli squilibri finanziari di molti sistemi sanitari regionali le aziende si trovano spesso nell'impossibilità di pagare tempestivamente i propri fornitori e sono esposte, quindi, al rischio di scelte circa le priorità di pagamento altamente discrezionali; la gestione degli accreditamenti delle strutture sanitarie private.

Tra le cause, vi è la complessità della normativa, dovuta anche alla frammentazione del quadro regolamentare tra il livello statale, regionale e subregionale. Troppe regole spesso non coordinate favoriscono in questo campo, così come in altri settori, occasioni di malaffare. L'ampia dimensione, la complessità del sistema organizzativo e la pluralità dei soggetti che in esso operano (operatori della salute, decisori a livello politico e tecnico, fornitori, destinatari dei servizi) determinano una frammentazione dei centri di spesa e una moltiplicazione dei centri del potere discrezionale. Tutto questo rende anche più difficile effettuare controlli. La marcata asimmetria informativa, specie fra utenti e Ssn, ma anche tra operatori del sistema e fornitori privati. In particolare l'asimmetria informativa espone al rischio di corruzione i cittadini a cui spesso mancano informazioni essenziali per poter fare scelte consapevoli per la tutela della propria salute. La scarsa trasparenza nei processi e nell'uso delle risorse. Altre cause sono collegate alla presenza di condizioni di conflitto d'interessi «laddove il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute di un paziente o la veridicità di una ricerca scientifica, può essere influenzato da un interesse secondario come il vantaggio personale e il guadagno economico (sono stati considerati i casi del mercato delle prestazioni sanitarie, che può essere influenzato dai professionisti sanitari, sia dal lato dell'offerta che della domanda; RiCssc e Transparency international Italia, 2013, p. 27 e ss.).

## *2. Gli strumenti in campo per combattere la corruzione in Italia*

Nel 2012 l'Italia si è dotata di una legge – l. n. 190/2012 – che, per la prima volta, contiene una disciplina organica delle misure di prevenzione e di contrasto della corruzione per rispondere alle istanze pro-

venienti dall'opinione pubblica per i gravi fenomeni di corruzione emersi negli ultimi anni, ma anche per la necessità di dare attuazione agli impegni internazionali derivanti dalla convenzione Onu contro la corruzione del 31 ottobre 2003 e dalla convenzione penale sulla corruzione del Consiglio d'Europa del 27 gennaio 1999.

Da un punto di vista generale, la nozione di corruzione accolta nella legge 190/2012 è più ampia di quella strettamente penalistica e abbraccia anche quella che è stata definita amministrativistica (Clarich e Mattarella, in Mattarella e Pelissero, 2013, p. 61 e ss.) e rinvia anche a condotte che sono fonte di responsabilità di altro tipo e che possono generare situazioni di illegittimità (conflitto d'interessi, nepotismo, clientelismo, assenteismo, sprechi, mala gestione) a cui peraltro la corruzione in senso penalistico è strettamente correlata. Essa è comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontra l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Come è stato efficacemente messo in rilievo, la legge è incentrata, prevalentemente, su misure di prevenzione della corruzione: in particolare nell'amministrazione e poco su quella politica; sulla trasparenza amministrativa e non sulla trasparenza del finanziamento della politica; sul potenziamento dei codici etici per i dipendenti pubblici ma non ne prevede per i politici; non si occupa della disciplina delle lobby (ivi, p. 62).

La legge 190/2012 istituisce l'Autorità nazionale anticorruzione (Anac), autorità indipendente le cui funzioni, inizialmente centrate sulla prevenzione della corruzione anche in rapporto alle misure di modernizzazione delle amministrazioni<sup>4</sup>, sono state ampliate e ridefinite dal recente d.l. n. 90/2014 convertito in legge n. 114/2014 – che ha previsto tra l'altro l'acquisizione Anac delle funzioni della soppressa Avcp (Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi, forniture) – per consentire una maggiore efficacia dell'azione preventiva. In questa ottica, l'Anac ha anche poteri sanzionatori. Il collegio, vertice dell'Autorità, è formato da cinque membri secondo quanto previsto dalla legge n. 125/2013.

La struttura del sistema delineato dalla legge 190/2012 si basa su un

<sup>4</sup> In base al d.lgs. n. 150/2009 che aveva istituito la Civit (Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche) poi trasformata in Anac. Il d.l. 90/2014 ha trasferito le funzioni in materia di *performance* al Dipartimento della funzione pubblica.

modello programmatico «a cascata» (ivi, p. 63) che interessa tutti i livelli di governo e poggia su cinque strumenti prioritari: analisi del rischio, trasparenza, formazione, codici di comportamento, contrasto ai conflitti di interesse.

Al centro di questo modello di programmazione vi è il Piano nazionale anticorruzione (Pna) che delinea le principali strategie nazionali per la prevenzione della corruzione e definisce i criteri per la predisposizione dei Piani di prevenzione della corruzione da parte delle singole amministrazioni.

Infatti, sulla base del Pna ogni singola amministrazione deve adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione in cui individuare, tra l'altro, le aree a rischio corruttivo, i rischi specifici, la loro ponderazione e gli interventi ritenuti necessari per contrastarli e superarli. Sulla base del Pna adottato per la prima volta nel 2013<sup>5</sup>, nei singoli Piani devono essere indicate anche iniziative per la formazione del personale sui temi dell'etica e della legalità e sulle misure di prevenzione previste nella legge; per la rotazione del personale e dei dirigenti nelle aree a rischio; per la tutela dei «*whistleblowers*», cioè dei dipendenti che segnalano situazioni di presunti fatti illeciti<sup>6</sup>.

Le amministrazioni devono anche adottare un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (Ptti)<sup>7</sup>, che può essere una parte del Piano triennale di prevenzione della corruzione (Ptpc), in cui dare conto di come realmente esse intendano realizzare gli obiettivi di trasparenza sull'attività, sull'organizzazione e sull'uso delle risorse.

Entrambi i piani debbono essere strutturati come documenti di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. Essi sono predisposti sulla base di una procedura che prevede anche il coinvolgimento e la partecipazione di soggetti interni all'amministrazione e di soggetti esterni (stakeholder interni ed esterni) per la migliore individuazione degli interventi da svolgere e delle priorità. Il momento della formazione del piano e della partecipazione a esso non solo dei vertici dell'amministrazione,

<sup>5</sup> Per il testo del Pna si rinvia al sito internet dell'Anac: [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it).

<sup>6</sup> L'istituto del *whistleblowing*, di origine anglosassone, è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla legge n. 190/2012, art. c. 51 (Cantone in Mattarella, Pelissero, 2013).

<sup>7</sup> Art. 10 del d.lgs. n. 33/2013. L'introduzione dei Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità è stata prevista per la prima volta nel d.lgs. n. 150/2009, art. 11.

ma di tutti coloro che ad esso possono contribuire, è un passaggio di grande rilievo. Anzi le amministrazioni sono tenute a dare conto di questa partecipazione all'interno degli stessi piani, con l'indicazione delle modalità con cui è avvenuta e degli input generati dalla stessa. Forme di coinvolgimento devono essere previste anche nella fase di verifica dei risultati ottenuti, come ad esempio all'interno di quelle che il legislatore ha definito «giornate della trasparenza» (art. 10 c. 6 del d.lgs. n. 33/2013).

Ogni amministrazione è tenuta a nominare un responsabile della prevenzione e un responsabile della trasparenza, ruoli che, in base a quanto previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013 possono essere svolti da una stessa persona. Tali soggetti, insieme agli organi di indirizzo politico amministrativo, sono i perni all'interno dell'amministrazione attorno a cui dovrebbero ruotare le azioni di predisposizione e di realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione, ivi comprese quelle della trasparenza.

In particolare, il responsabile della prevenzione della corruzione ha il fondamentale compito di proporre all'organo di indirizzo politico l'adozione del Ptpc, di verificarne la corretta attuazione e la sua perdurante idoneità, nonché di riferire, alla fine di ogni anno, sui risultati dell'attività svolta<sup>8</sup>.

Per quanto riguarda la trasparenza spetta al relativo responsabile promuovere le iniziative di trasparenza e assicurare che siano rispettati gli obblighi di pubblicità, che il processo di attuazione del piano sia effettivo e congruo rispetto agli obiettivi. I responsabili della prevenzione della corruzione costituiscono un interlocutore fondamentale per l'Autorità nazionale anticorruzione presso le amministrazioni pubbliche.

Altro soggetto previsto dalla legge è l'Organismo indipendente di valutazione (Oiv) a cui sono affidate funzioni di controllo sull'attuazione della normativa, specie per la trasparenza<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> In caso di corruzione accertata e passata in giudicato da parte di un dipendente dell'amministrazione il responsabile ne risponde sul piano della responsabilità dirigenziale e disciplinare, con la sanzione minima della sospensione dal servizio per sei mesi e della privazione della retribuzione per un periodo tra uno e sei mesi, a meno che non provi di aver predisposto per tempo il Ptpc, vigilando sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, nonché più in generale di aver svolto correttamente i propri compiti. Il responsabile risponde anche di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Ptpc.

<sup>9</sup> Nel d.l. n. 90/2014, art. 19 c. 10, è prevista la revisione della disciplina degli Oiv nell'ambito del riordino della normativa sul ciclo della performance.

La legge 190/2012 è stata seguita da due importanti decreti legislativi. Il d.lgs. n. 39/2013 con cui sono disciplinati i casi di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi al fine di evitare situazioni di conflitto d'interesse e ogni possibile forma di interferenza e di commistione fra politica e amministrazione. Specifiche disposizioni si applicano al settore sanitario. L'art. 10 riguarda, in particolare, l'incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende locali e nelle aziende ospedaliere e gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Sistema sanitario regionale (Ssr) e con lo svolgimento di attività professionale regolata o finanziata dal Ssr.

Il d.lgs. n. 33/2013, cd. Testo unico sulla trasparenza<sup>10</sup>, in cui la trasparenza, in continuità con quanto previsto dal d.lgs. n. 150/2009, è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni; essa è considerata livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 c. 2 della Cost. ed è volta a consentire il controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche da parte dei cittadini anche per disvelare situazioni di *mala gestio* e di corruzione. Il d.lgs. n. 33/2013 ha, inoltre, introdotto l'istituto dell'accesso civico (art. 5), di grande portata innovativa rispetto al diritto di accesso agli atti, grazie al quale si consente a chiunque di esigere dalle amministrazioni l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge.

Altro pilastro su cui poggia la legge 190/2012 è quello della diffusione di regole di comportamento dei dipendenti improntate al rispetto del-

<sup>10</sup> La trasparenza dopo la legge 15/2005 e, soprattutto, dopo il d.lgs. n. 150/2009, è divenuta qualche cosa di diverso dal principio di trasparenza previsto nella legge 241/1990, rafforzandosi ulteriormente con la legge 190/2012 e con il decreto di attuazione n. 33/2013. Si parla di una «mutazione» genetica del sistema della trasparenza o comunque di un «radicale spostamento del suo baricentro verso i risultati della pubblica amministrazione» collegando funzionalmente la trasparenza ai principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento dell'amministrazione (Patroni Griffi, 2013; Pajno, 2013). La trasparenza è volta a consentire il controllo diffuso sulla Pa da parte dei cittadini. Il controllo democratico «si rivela, dunque, come il carattere essenziale della trasparenza pubblica e delle istituzioni pubbliche» (Merloni, 2012). Come previsto nei principali atti di regolamentazione internazionale (Convenzione Onu di Merida, Rapporto Greco, ecc.) la trasparenza è considerata, inoltre, uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione e in tal senso la legge 190/2012 ne ha fatto uno dei cardini delle misure che le amministrazioni sono tenute ad adottare per prevenire fenomeni corruttivi e di cattiva gestione della cosa pubblica.

l'integrità. Il Governo ha adottato il d.p.r. n. 62/2013, «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165» a seguito del quale l'Anac ha predisposto le «Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni» (delibera n. 75/2013), in base alle quali le amministrazioni devono procedere all'adozione dei singoli codici di comportamento.

### *3. L'applicazione della legge 190/2012 in sanità e la prima attuazione della trasparenza*

La legge 190/2012 si applica naturalmente anche al settore della sanità. In questo ambito assumono particolare rilievo le indicazioni contenute dall'Intesa sancita dalla conferenza unificata Governo, Regioni, Enti locali del 24 luglio 2014<sup>11</sup> che ha specificato, tra l'altro, che:

- il Ptpc e il Ptti siano approvati nelle Asl, nelle Aziende ospedaliere e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircss) dal direttore generale sentito il consiglio di indirizzo e di vigilanza;
- gli enti assicurino la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione (individuato nei Piani di prevenzione della corruzione e nei Programmi per la trasparenza), adottando, a tal fine previa informativa sindacale, criteri generali oggettivi;
- la Conferenza delle Regioni e il Dipartimento della Funzione pubblica, con il coinvolgimento del Ministero della Salute, avviino un tavolo tecnico per definire modalità applicative dell'art. 41 c. 6 del d.lgs. n. 33/2013 relativo alla pubblicazione, in una sezione denominata «Liste di attesa», dei tempi di attesa previsti e dei tempi medi effettivi di attesa per ciascuna prestazione erogata, tenuto conto dell'esigenza di evitare aggravii a carico delle strutture.

Di seguito si forniscono alcuni dati, tratti da rilevazioni Anac ovvero elaborati autonomamente, sul livello di attuazione della normativa nelle Asl a maggio 2014.

<sup>11</sup> Il riferimento è all'Intesa Governo, Regioni, Enti locali per l'attuazione dell'art. 1 commi 60 e 61 della legge 6 novembre 2012 recante «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione».

Al 31 maggio 2014, il 97% delle Asl aveva nominato il responsabile della prevenzione della corruzione, con livelli lievemente inferiori nel Lazio (92%) e ritardi più consistenti in Campania (86%) e Calabria (60%).<sup>12</sup>

Per quel che riguarda la pubblicazione dei Ptpc e dei Ptti, sempre a maggio 2014, l'80% delle Asl aveva pubblicato il Ptpc e un numero inferiore, il 76%, il Ptti, nonostante l'obbligo fosse previgente. Questi ultimi sono, in massima parte, sezioni del Ptpc.

Per quanto riguarda la qualità dei piani, sulla base di un'analisi svolta solamente su nove Piani di prevenzione della corruzione relativi a tre Asl del Nord, tre del Centro e tre tra Sud e isole, la situazione che emerge è che in quattro casi le Asl hanno operato una mappatura delle aree a rischio, ma solo in un caso con un livello di dettaglio che consente di ritenere che sia stata fatta una ricognizione della effettiva situazione di quella Asl e solo in questo caso con una valutazione/ponderazione del rischio. Manca sempre l'individuazione di indicazioni circa il cd. trattamento del rischio, per superarlo in un'ottica di prevenzione della corruzione.

Nonostante il campione sia molto limitato e certamente statisticamente non rilevante, quel che fa riflettere è la tendenza a predisporre documenti di carattere riepilogativo di ciò che la legge anticorruzione prevede e di ciò che l'Asl dovrebbe, o nei casi più «avanzati» avrebbe intenzione di fare, piuttosto che atti di programmazione centrati sulla concreta individuazione dei rischi e delle misure adottate, o da adottare, per rimuoverli.

Sempre a maggio 2014 risultava che poco più del 60% delle Asl aveva pubblicato il codice di comportamento.

È opportuno ricordare che, mentre a maggio, periodo in cui è stata fatta la rilevazione, la mancata adozione dei Ptpc, dei Ptti e degli stessi codici di comportamento non era sanzionata, a seguito dell'entrata in vigore del d.l. n.90/2014, essa è, invece, fattispecie oggetto di una specifica sanzione pecuniaria irrogata dall'Anac ai sensi dell'art. 19 c. 5 lett. b).

<sup>12</sup> Questo dato è certamente migliore rispetto a quanto registrato, alla stessa data, nelle Aziende ospedaliere e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (63%). Il dato aggregato relativo è, infatti, complessivamente più deficitario, con livelli bassi in Sardegna (20%) e in Veneto (33%), una percentuale del 50% o poco più in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Campania, e oltre il 60% nelle altre Regioni. Le nomine sono state completate solamente in Liguria, Toscana, Umbria e Basilicata.

Per quel che riguarda le misure di trasparenza, il decreto legislativo 33/2013, prevede per i soggetti che operano nel servizio sanitario obblighi ulteriori rispetto a quelli vigenti per tutte le altre amministrazioni. L'art. 41 chiarisce innanzitutto che gli obblighi di pubblicazione vigenti si applicano ad un ambito molto ampio di soggetti che operano all'interno del Ssn: le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, le agenzie e gli altri enti e organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari sono tutti tenuti all'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Particolari misure di trasparenza sulle procedure di conferimento degli incarichi sono previste per le nomine di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché per il conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, anche in coerenza con la normativa più recente (d.l. n. 158/2013, cd. d.l. Balduzzi).

Obblighi di pubblicazione sono previsti per le Regioni, cui spetta, tra l'altro, la pubblicazione dell'elenco delle strutture sanitarie private accreditate e gli accordi con esse intercorsi.

Inoltre, gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti, come detto in precedenza, a indicare nel proprio sito, nella sezione denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

L'Anac, nell'ambito delle proprie attività di vigilanza sulla trasparenza in tutte le pubbliche amministrazioni, ha avviato un'attività di vigilanza diretta sui siti di un campione di Asl, selezionato tenendo conto della distribuzione geografica sull'intero territorio nazionale e delle dimensioni. Degli esiti delle rilevazioni viene progressivamente dato conto sul sito dell'Autorità in relazione alla conclusione delle attività di controllo.

In base alle delibere quadro adottate per vigilare su alcuni obblighi, in particolare la delibera n. 71/2013 e la n. 77/2013<sup>13</sup>, i controlli sono stati svolti a partire da quanto attestato dagli Organismi indipendenti di valutazione, che costituiscono i controllori principali all'interno di ogni amministrazione sull'effettiva pubblicazione dei dati (art. 14 c. 4 lett. g) del d.lgs. n. 150/2009). In seconda battuta è stata fatta una ve-

<sup>13</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito internet [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it).

rifica diretta dell'Anac<sup>14</sup>, che ha avuto ad oggetto non solamente la presenza o meno dei dati nella sezione «Amministrazione trasparente» ma anche la qualità degli stessi con riguardo alla loro completezza – sia rispetto al contenuto che agli uffici – e al loro aggiornamento.

È opportuno sottolineare, infatti, che per la pubblicazione dei dati è essenziale curare la loro qualità, cioè la loro completezza, il loro aggiornamento, la loro precisione<sup>15</sup>. Da questo dipende in massima parte la loro utilità, sia per le esigenze di conoscenza dei cittadini sia per prevenire fenomeni di corruzione. Pubblicare informazioni incomplete o non aggiornate sui contratti pubblici, sui procedimenti amministrativi, sui servizi erogati può essere solo un aggravio burocratico ma nulla offre in più al cittadino che deve usufruire dei servizi in termini di effettiva conoscenza dell'attività svolta da un'amministrazione e dell'uso fatto delle risorse pubbliche.

Per un primo campione di trenta Asl, a novembre 2013 è stata avviata un'indagine sul rispetto di cinque obblighi di trasparenza conclusa all'inizio di giugno 2014 i cui risultati sono già disponibili online sul sito dell'Autorità<sup>16</sup>. In particolare, in attuazione della delibera n. 71/2013, l'Autorità ha svolto verifiche specifiche sul livello e sulla qualità dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi ai «Pagamenti», alle «Società partecipate», alle «Tipologie di procedimento», all'«Accesso civico» e ai «Servizi erogati».

Da quando è stata avviata la vigilanza alla fine di maggio 2014, si è registrata l'effettiva intenzione delle amministrazioni di adeguarsi alle indicazioni che l'Autorità ha dato nel corso del monitoraggio. Ciò nonostante alla fine di maggio 2014 permanevano ancora dati non pubblicati (è il caso, ad esempio, dei tempi medi di erogazione dei servizi). Per lo più, tuttavia, sono emerse carenze sulla qualità dei dati pubblicati, spesso incompleti (è il caso dei procedimenti amministrativi, ad esempio non tutti mappati e resi pubblici).

Nello specifico, i Piani di pagamento risultano effettivamente pubblicati dal 63% delle Asl, ma solo poco più della metà con dati completi e aggiornati; per quanto riguarda i procedimenti, nel 65% dei casi i

<sup>14</sup> La metodologia è illustrata in una nota pubblicata sul sito internet: [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it).

<sup>15</sup> Sulla qualità dei dati pubblicati si veda, tra gli altri, la delibera Anac n. 50/2013, disponibile al sito internet: [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it).

<sup>16</sup> Si rinvia al sito internet: [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it), sezione Trasparenza, Monitoraggi.

dati erano incompleti perché riferiti, per lo più, a una parte solamente dei procedimenti delle aziende sanitarie<sup>17</sup>; i costi contabilizzati risultavano frequentemente pubblicati, tuttavia in modo incompleto e non sempre in modo chiaro e comprensibile<sup>18</sup>; i tempi medi di erogazione dei servizi non erano stati pubblicati da 10 aziende su 30 e, nei rimanenti casi la qualità dell'informazione presentava ampi margini di miglioramento. Risultavano buoni, invece, i dati pubblicati sulle società partecipate, oltre il 60% delle Asl del campione li aveva pubblicati correttamente così come quelli sull'accesso civico, completi nel 70% delle Asl analizzate.

A febbraio 2014 è stata avviata un'ulteriore attività di vigilanza sui siti di quindici Asl relativamente a sette tipologie di informazioni. L'indagine è in fase di conclusione quindi le evidenze non sono consolidate né ancora rese pubbliche. In prima approssimazione, sembrerebbero esserci lacune non irrilevanti sui dati relativi al monitoraggio dei tempi procedurali, agli atti di concessione di sovvenzioni e contributi, ai tempi medi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa, alle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali. Per le altre tipologie di informazioni risulterebbe un livello di pubblicazione maggiore, ma al tasso di adempimento non sembrerebbe corrispondere un'adeguata qualità.

Infine, da un'analisi istruttoria svolta tra aprile e maggio 2014 sui siti delle Regioni e delle Province autonome, risultava un buon livello di pubblicazione dei dati relativi alle strutture sanitarie private accreditate, salvo in alcuni casi problemi di aggiornamento<sup>19</sup>.

#### 4. Considerazioni conclusive

I riscontri delle indagini condotte in particolare sulle Asl, consentono di dire che si stanno gettando importanti basi per la costruzione del sistema di prevenzione della corruzione all'interno del Ssn. Prova ne siano le nomine dei responsabili della prevenzione della corruzione nelle Asl ovvero l'adozione dei Piani di prevenzione della corruzione,

<sup>17</sup> Nel 23% delle Asl del campione, i dati erano assenti.

<sup>18</sup> Solamente per un terzo del campione selezionato il dato corrisponde a quello richiesto dalla norma e comunque nel 20% delle Asl del campione non era pubblicato.

<sup>19</sup> Due Regioni non avevano, tuttavia, pubblicato nulla.

dei Programmi per la trasparenza e l'integrità e l'adozione di codici di comportamento. Per la trasparenza, si stanno superando opacità con la pubblicazione di dati sui siti internet. Ci sono, tuttavia, ancora ampi margini di miglioramento.

In questa prospettiva si rende necessario focalizzare l'attenzione sulla qualità di ciò che viene pubblicato per evitare costi inutili, burocratizzazione e autoreferenzialità. Anche nella sanità è auspicabile il rapido superamento di una tendenza, comune a molte altre amministrazioni, della logica dell'adempimento che rischia di rendere inefficaci gli strumenti della prevenzione della corruzione disciplinati nella normativa più recente.

I Piani triennali di prevenzione della corruzione, ad esempio, devono costituire un'opportunità per una riflessione sulle vere situazioni di rischio e per l'adozione di misure effettive e congruenti rispetto alla situazione concreta di un ente. Nei Piani di prevenzione ogni amministrazione è chiamata a definire una propria politica di prevenzione. Non, quindi, atti programmatori fatti in funzione di un semplice adempimento.

In questo senso può certamente essere importante e valorizzato il contributo che il sindacato può offrire, sia nelle fasi di consultazione per la predisposizione del Piano, che nella fase di attuazione, segnalando disfunzioni e misure di miglioramento per rendere più efficaci le misure predisposte.

Così come questo contributo può essere valorizzato anche nella predisposizione dei Programmi per la trasparenza e l'integrità nonché nella definizione e nella realizzazione delle iniziative per migliorare la trasparenza dell'organizzazione e dell'attività degli enti e per favorire l'accesso ai servizi da parte degli interessati. In questa ottica potrebbe anche essere potenziato l'esercizio del diritto di accesso civico, esigendo che gli obblighi di trasparenza vengano rispettati e che di ulteriori<sup>20</sup> possano esserne considerati se utili rispetto alle esigenze di conoscenza di chi usufruisce dei servizi.

La trasparenza nel settore sanitario, oltre che prevenire la corruzione, è, infatti, essenziale per far conoscere ai cittadini le modalità e le condizioni di accesso al servizio sanitario e per accrescere, di conseguenza, il livello di consapevolezza delle scelte a tutela della propria salute.

<sup>20</sup> L'individuazione di dati ulteriori è espressamente prevista nella l. 190/2012 tra i contenuti dei Piani di prevenzione della corruzione. Si veda anche la delibera Anac n. 50/2013.

In questo senso la trasparenza è senza dubbio un importante strumento per l'attuazione concreta dei principi di uguaglianza e di universalità su cui si fonda il Servizio sanitario nazionale.

In questa fase, lo sforzo organizzativo, volto ad ampliare la gamma delle informazioni disponibili, deve essere accompagnato da un'attenzione particolare sulla qualità delle informazioni pubblicate. Informazioni scadenti, non complete, non aggiornate non sono di ausilio, innanzitutto, a chi ha bisogno delle cure, del servizio, delle prestazioni. Non sono neanche utili per prevenire fenomeni di corruzione.

L'impegno del sindacato e di chi lavora nelle amministrazioni può essere rivolto anche alla diffusione di buone pratiche; alla definizione di politiche di formazione del personale sui temi dell'etica, della legalità e su temi più specifici per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione; a esigere l'attuazione dei codici di comportamento; alla definizione di criteri oggettivi per i piani di rotazione del personale nelle aree a rischio corruttivo; a segnalare ai soggetti che operano sui diversi livelli del controllo, la carenza di trasparenza, situazioni di cattiva gestione della cosa pubblica e fenomeni corruttivi.

La spinta che viene dalla società civile e da chi lavora nelle amministrazioni per combattere l'illegalità è, infatti, una componente essenziale del buon esito delle politiche anticorruzione. E per questo sono importanti anche azioni di sensibilizzazione culturale che possano concorrere ad accrescere il livello di consapevolezza sui danni della corruzione per tutta la collettività – danni che hanno conseguenze imprevedibili e che si amplificano in modo esponenziale – e a innalzare il livello di responsabilità della società civile, della classe politica, dei responsabili all'interno delle pubbliche amministrazioni nel prevenire e nel contrastare i fenomeni corruttivi.

### *Riferimenti bibliografici*

- Bissoni G., 2014, *Trasparenza per una sanità in «buona salute»*, «Monitor», n. 3, disponibile al sito internet: [www.agenas.it](http://www.agenas.it).
- Cantone R., 2013, *La tutela del whistleblower: art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 (art. 1, comma 51)*, in Mattarella B.G. e Pelissero M. (a cura di), *La legge anticorruzione. Prevenzione e repressione della corruzione*, Giappichelli Editore, Torino.
- Clarich M. e Mattarella B.G., 2013, *La prevenzione della corruzione*, in Mattarella B.G. e Pelissero M. (a cura di), *La legge anticorruzione. Prevenzione e repressione della corruzione*, Giappichelli Editore, Torino.

- Collicelli C., 2014, *Gli scenari della sanità italiana in chiave sociale*, in Ispe, *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.ispe-sanita.it/1/libro\\_bianco\\_3743257.html](http://www.ispe-sanita.it/1/libro_bianco_3743257.html).
- Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione - Governo italiano, 2012, *La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione*, disponibile all'indirizzo internet: [www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/24/2012\\_10\\_22\\_Rapporto\\_corruzione\\_PA.pdf](http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/24/2012_10_22_Rapporto_corruzione_PA.pdf).
- Eurobarometro, 2011, 76.1 – *Atteggiamento degli europei verso la corruzione, dati per l'Italia*, disponibile all'indirizzo internet: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_374\\_fact\\_it\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_374_fact_it_it.pdf).
- Merloni F., 2008, *Trasparenza delle istituzioni e principio democratico*, in Merloni, *La trasparenza amministrativa*, Giuffrè, Milano.
- Ispe, 2014, *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.ispe-sanita.it/1/libro\\_bianco\\_3743257.html](http://www.ispe-sanita.it/1/libro_bianco_3743257.html).
- Avviso pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele, Libera a cura di, *Illuminiamo la salute, per non cadere nella ragnatela dell'illegalità* in «Animazione sociale», 2013, supplemento al n. 274.
- Pajno A., 2013, *Il principio di trasparenza alla luce delle norme anticorruzione*, disponibile all'indirizzo internet: [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it).
- Patroni Griffi F., 2013, *La trasparenza della pubblica amministrazione tra accessibilità totale e riservatezza*, «federalismi.it - Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato», n. 8, disponibile al sito internet: [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it).
- Riscc – Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità e Transparency international Italia, 2013, *Corruzione e sprechi in sanità*, novembre, disponibile all'indirizzo internet: [http://web.unitn.it/files/download/33373/report\\_ti\\_pag-web.pdf](http://web.unitn.it/files/download/33373/report_ti_pag-web.pdf).



## La «filiera dell'assistenza sanitaria»: tra diritto alla salute e leggi di mercato

**Cristiano Alicino**

*Il rapporto che sussiste fra la salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo, e lo sviluppo economico guidato da leggi di mercato, è spesso conflittuale. Tuttavia, Stati e organismi sovranazionali faticano a realizzare politiche volte a orientare nella direzione del diritto alla salute le scelte del settore privato, pur in un campo dove beni e servizi rappresentano prerequisiti, spesso essenziali, per la realizzazione di questo diritto. I rapporti fra settore pubblico e settore privato sono strettamente intrecciati e hanno importanti ricadute non solo in termini di salute della comunità, ma anche in termini di sviluppo economico e commerciale. Anche in Italia, i legami fra il Servizio*

*sanitario nazionale e la filiera dell'assistenza sanitaria sono molto stretti e settori di natura industriale e commerciale, che costituiscono tale filiera, forniscono un rilevante contributo per l'economia nazionale. Tuttavia, in assenza di un forte intervento regolatorio e programmatico pubblico, la divergenza di obiettivi fra il settore pubblico e quello privato può determinare strategie commerciali lesive del diritto alla salute. L'articolo descrive come tale divergenza di obiettivi abbia importanti ricadute nell'ambito della ricerca di nuovi farmaci, nell'accesso ai farmaci salvavita in contesti a risorse economiche limitate e, infine, nell'accesso ai farmaci innovativi nel contesto italiano.*

*«La salute è il riflesso dell'impegno della società per l'equità e la giustizia. Salute e diritti umani dovrebbero prevalere sulle preoccupazioni economiche e politiche»*

Carta per la Salute dei Popoli

### 1. Salute e sviluppo economico: paradigmi a confronto

Esattamente dieci anni fa, Giovanni Berlinguer, nel Rapporto su *Salute e globalizzazione*, scriveva «all'idea che la salute è un fondamento e che è soprattutto una finalità primaria della crescita economica, si è sostituita quasi universalmente l'idea opposta: che i servizi pubblici di salute e l'universalità delle cure sono un ostacolo per la finanza pubblica e per lo sviluppo della ricchezza» (Berlinguer in Oisg, 2004, p. 20).

RPS

LA «FILIERA DELL'ASSISTENZA SANITARIA»: TRA DIRITTO ALLA SALUTE E LEGGI DI MERCATO

L'affermazione sintetizza in maniera chiara il rapporto – spesso conflittuale – che sussiste fra la salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo, e lo sviluppo economico, riassumendo in poche righe i due differenti paradigmi culturali che si sono contrapposti e avvicinati a partire dalla seconda metà del secolo scorso a oggi.

Su un versante, l'idea che lo sviluppo economico di una comunità rappresenti uno degli elementi che concorrono al miglioramento del benessere di una popolazione e che a tutti gli individui debba essere garantita un'equa compartecipazione ai benefici che ne derivano. In questo senso, la salute in generale, e l'assistenza sanitaria in particolare, rappresentano indicatori del progetto di giustizia sociale di una comunità.

Sull'altro versante, il paradigma neoliberista, affermatosi a partire dalle fine degli anni '70 del secolo scorso, secondo cui l'organizzazione dei sistemi sanitari e la produzione e l'erogazione di tutti i beni e i servizi a essa connessi dovessero essere guidati, non tanto dal faro dei diritti universali, ma dalle regole del mercato e della finanza.

Con l'avvicinarsi di questi due paradigmi culturali, da un punto di vista politico sono progressivamente mutate le priorità: all'obiettivo di una piena globalizzazione dei diritti, si è sostituito quello della globalizzazione dei mercati, e, in tempi di crisi, quello del rispetto dei vincoli di bilancio; con quali risultati?

Il dibattito politico, nazionale e internazionale è, da alcuni anni a questa parte, completamente incentrato sul costo dei servizi sanitari e sulla necessità di contrarre la spesa pubblica anche in questo settore, piuttosto che sui benefici, in termini di salute e anche economici, che derivano dal mantenere un sistema sanitario basato su principi di universalità ed equità di accesso. Basti pensare al discorso politico italiano dove, in concomitanza con l'avanzare della crisi economica, la tentazione di definire il Servizio sanitario nazionale (Ssn) come un «lusso che non possiamo più permetterci» è entrata in maniera strisciante, ma costante, nel lessico politico, tanto che la maggior parte dei documenti contenenti proposte programmatiche per la sanità italiana cominciano la loro trattazione smentendo questo assioma.

Inoltre, Stati e Organismi sovranazionali faticano, non solo a imporre, ma talvolta addirittura a ipotizzare misure politiche volte a orientare le scelte del settore privato, pur in un terreno, quello dell'assistenza sanitaria, dove beni e servizi non possono essere considerati alla stregua di qualsiasi altro prodotto commerciale, ma rappresentano prerequisiti, spesso essenziali, per la realizzazione di un più ampio diritto.

Tutto questo in un campo, quello sanitario, dove i rapporti fra settore pubblico e settore privato sono strettamente intrecciati e dove gli investimenti in servizi pubblici determinano importanti ricadute non solo in termini di salute della comunità, ma anche in termini di sviluppo economico e commerciale, anche di settori tradizionalmente privati. E il sistema sanitario del nostro paese non fa eccezione.

Per l'anno 2014, il costo che sarà sostenuto dallo Stato italiano per il mantenimento del Servizio sanitario nazionale ammonterà a circa 110 miliardi di euro. Nel 2015 sarà di circa 112 miliardi e nel 2016 di circa 115 miliardi<sup>1</sup>. Cifre, solo apparentemente enormi, soprattutto se raffrontate con la spesa sostenuta dagli altri paesi europei e dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse). In Italia, la spesa sanitaria pubblica, cioè i costi sostenuti dal Ssn per i servizi a gestione diretta e per quelli in convenzione, nel 2012 ammontavano, infatti, a circa il 7,1% del Prodotto interno lordo (Pil) con un dato in costante diminuzione a partire dal 2009. Se si considera anche la spesa sanitaria privata (a carico dei singoli e delle famiglie), costituita prevalentemente da visite sanitarie private, spesa farmaceutica o in altri prodotti sanitari e cure odontoiatriche, la spesa complessiva raggiungeva il 9,2% del Pil (Oecd, 2014). A titolo esemplificativo, nello stesso anno, la spesa di Norvegia e Regno Unito ammontava al 9,3% del Pil con una spesa pubblica pari a quasi l'8% del Pil. La Danimarca spendeva l'11% del proprio Pil in servizi sanitari, con una spesa pubblica di oltre il 9%. Francia e Germania spendevano rispettivamente l'11,3% e l'11,6% del Pil, con una spesa pubblica superiore all'8%. Sino ad arrivare agli Stati Uniti, la cui spesa è in larga parte privata (8,9%), ma con una spesa pubblica comunque superiore a quella italiana e della gran parte dei paesi europei (8% circa), per una spesa complessiva che sfiorava il 17% del Pil (ivi).

Questo a fronte di uno stato di salute della popolazione italiana che è mediamente migliore rispetto alla maggior parte dei paesi ad elevate risorse economiche. L'aspettativa di vita media è la fra le più alte al mondo (82,3 anni), superiore alla media dell'Ocse e inferiore solo a Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna, e tutti gli altri indicatori normalmente utilizzati per definire il profilo di salute di una comunità concordano con questo quadro.

<sup>1</sup> I dati sono tratti dal Patto per la Salute 2014-2016, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_044351\\_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf).

Ciò a dimostrazione del fatto che non esiste una relazione lineare fra la spesa sanitaria di un paese e lo stato di salute della popolazione, ma l'organizzazione dei servizi sanitari, dettata dai valori che stanno alla base del vivere civile di una comunità, rappresenta uno dei molteplici fattori o «determinanti» che concorrono appunto a determinare lo stato di salute di una comunità.

Tuttavia, come è noto, l'intero sistema sanitario italiano, pur rappresentando uno dei principali capitoli di spesa pubblica, rappresenta soprattutto uno degli assi portanti di un più ampio e complesso sistema di welfare, sia attraverso l'offerta di servizi diretti alla persona sia attraverso il meccanismo di finanziamento, basato sostanzialmente sulla fiscalità generale, che consente una certa quota di redistribuzione del reddito.

Un ulteriore aspetto da considerare è rappresentato dal contributo occupazionale ed economico fornito, non solo dal Servizio sanitario nazionale ma dall'intero sistema ad esso connesso, al benessere economico e sociale del nostro paese.

## 2. La «filiera dell'assistenza sanitaria» in Italia

Da un punto di vista più analitico è, infatti, interessante evidenziare come sono spesi questi 7 punti percentuali di Pil che lo Stato italiano investe nel settore sanitario.

La maggior parte della spesa riguarda il personale che trova occupazione nel settore pubblico o accreditato oppure opera nel Ssn in regime di convenzione (ad esempio i medici di Medicina generale). Le persone occupate dal Ssn sono oltre 800mila, di cui oltre 550mila sono professionisti sanitari, 145mila tecnici (assistenti sociali, collaboratori, programmatori, operatori tecnici, personale ausiliario, ecc.), oltre 90mila addetti ai servizi amministrativi e, infine, poco più di 2mila gli occupati del ruolo professionale comprendente architetti, avvocati, ingegneri, geologi e assistenti religiosi<sup>2</sup>.

Inoltre, se osserviamo la spesa sanitaria non solo nell'ottica dell'investimento di risorse statali e di numero di occupati nel settore pubblico, ma in termini di produzione industriale e di servizi a essa con-

<sup>2</sup> Elaborazioni dell'autore su dati del Ministero della Salute disponibili all'indirizzo internet: [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1816\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1816_allegato.pdf).

nessi, l'assistenza sanitaria rappresenta uno dei comparti più importanti dell'economia del nostro paese e di quella globale.

Basti pensare che la sola spesa farmaceutica italiana rappresenta circa il 20% della spesa sanitaria pubblica e il 50% della spesa sanitaria privata. E a questi numeri, si deve aggiungere la spesa per i dispositivi medici di varia natura (dai più semplici ai più sofisticati), dei macchinari utilizzati all'interno delle strutture pubbliche e private convenzionate, dei servizi che sempre più spesso vengono appaltati a imprese private, e l'elenco potrebbe continuare.

Questa parte della spesa sanitaria rappresenta il punto di contatto fra la sanità pubblica e tutti quei settori di natura industriale e commerciale, e quindi perlopiù privati, che producono beni e servizi di natura sanitaria e che globalmente sono indicati come «filiera della salute» o, più appropriatamente, «filiera dell'assistenza sanitaria». Complesso di attività per cui l'esistenza stessa di sistemi sanitari nei quali inserirsi rappresenta la condizione *sine qua non* per la loro presenza, e l'investimento pubblico su questi sistemi rappresenta una garanzia di sopravvivenza, particolarmente in una situazione di recessione economica dove la spesa sanitaria privata si sta contraendo.

Al contempo, il contributo fornito dalla stessa «filiera dell'assistenza sanitaria» all'economia italiana e all'occupazione è di grande rilievo. Secondo i dati forniti da un recente rapporto di Confindustria, si parla di circa un undici per cento del Pil, pari a circa 153 miliardi di euro (Confindustria, 2012). E poi ancora, oltre un milione e mezzo di lavoratori nei diversi settori industriali e commerciali che la compongono; numero di lavoratori che arriva a sfiorare i tre milioni di unità se si considera anche l'indotto<sup>3</sup>. La filiera vanta poi un altissimo livello di export: 4,4% è la media dell'intero settore rispetto al totale delle esportazioni di manufatti del nostro paese; dato che sale al 6,2% se si considerano i due principali settori industriali della filiera (industria farmaceutica e industria di attrezzature biomedicali), collocando questi due comparti subito dietro ad alcuni settori storici del cosiddetto «Made in Italy» quali ad esempio il settore del tessile e dell'abbigliamento che contribuisce per un 7,4% (ivi).

Infine, nei settori farmaceutici e delle attrezzature biomedicali circa il 9,5% del fatturato viene reinvestito nell'ambito della ricerca e dello

<sup>3</sup> Si definisce indotto industriale, di solito, l'insieme di sotto industrie o artigiani che producono parti elementari necessarie alle grandi industrie per realizzare i prodotti finiti.

sviluppo (R&S), contribuendo per oltre il 90% agli investimenti nel settore in un paese dove la spesa pubblica per la ricerca in generale, e per la R&S in ambito farmaceutico e biomedicale, si colloca fra gli ultimi posti in Europa (ivi).

La fotografia che emerge da questi dati appare piuttosto nitida. La «filiera dell'assistenza sanitaria» costituisce un settore nevralgico dell'economia della penisola: contribuisce alla ricchezza nazionale, garantisce un numero consistente di posti di lavoro, spesso a personale qualificato, investe in ricerca e sviluppo più di quanto non venga fatto dal settore pubblico. Inoltre, l'intero settore contribuisce al benessere del paese attraverso quelle che gli economisti definiscono «esternalità positive»: la ricchezza prodotta determina un beneficio per la collettività, migliorando la qualità della vita e diminuendo la conflittualità sociale (ivi).

### *3. Il caso dei farmaci salvavita in contesti a risorse economiche limitate*

L'interesse del settore pubblico nei confronti degli investimenti nel nostro paese delle industrie che costituiscono la «filiera dell'assistenza sanitaria», e in particolare l'industria farmaceutica, è stata recentemente confermata dal capo del governo Matteo Renzi. Nei mesi scorsi, il premier ha prima definito *Big Pharma* strategica per lo sviluppo, invitandola a consolidare e ad allargare la propria presenza nel nostro paese, e ha poi incontrato a Roma gli amministratori delegati delle principali aziende multinazionali e italiane chiedendo di investire sull'Italia (Turno, 2014).

Tuttavia, a fronte dell'importante contributo economico e sociale fornito dalla «filiera dell'assistenza sanitaria» a livello nazionale e internazionale – occorre ricordare che soprattutto in ambito farmaceutico e biomedicale molte aziende che operano sul territorio italiano hanno un assetto multinazionale – sussiste un disallineamento praticamente fisiologico fra gli obiettivi primari del Servizio sanitario nazionale e gli obiettivi di tutti quei settori privati che concorrono alla produzione di beni e servizi di carattere sanitario.

Infatti, mentre il Servizio sanitario nazionale nasce come strumento per la tutela della salute, come diritto fondamentale dell'individuo, l'impresa privata non ha come obiettivo principale la tutela di un diritto universale, ma per definizione il principale interesse è la massimizzazione dei profitti e la loro redistribuzione agli azionisti.

Questa divergenza di obiettivi fra pubblico e privato rappresenta uno dei campi di maggiore studio relativamente allo spinoso tema del conflitto di interesse in ambito biomedico. E rappresenta un esempio paradigmatico in cui l'incapacità del settore pubblico di orientare le strategie e le scelte del settore privato si ripercuote nel perpetuarsi di politiche lesive del diritto alla salute, anche a fronte di un innegabile, e probabilmente irrinunciabile, contributo economico e sociale fornito da questi settori.

Se utilizziamo l'industria del farmaco quale oggetto d'indagine di questo rapporto conflittuale risulta evidente come campi decisivi per la realizzazione quotidiana del diritto alla salute, quando piegati a logiche di mercato e di profitto, diventino un terreno su cui tale diritto viene negato a larga parte della popolazione mondiale.

Le ragioni di questo ruolo «esemplare» dei farmaci e dell'industria farmaceutica consistono nel fatto che «proprio i farmaci, più di ogni altro settore delle tecnologie mediche, hanno determinato e accompagnato (senza mai rallentare il passo) la trasformazione delle prestazioni sanitarie in un'area di forte contaminazione, e talvolta coincidenza, fra il settore privato e quello pubblico» (Marsico, 2010).

Parallelamente, l'industria del farmaco rappresenta, nel suo complesso, il principale colosso industriale che compone la filiera dell'assistenza sanitaria con le prime 12 compagnie al mondo che nel 2013 hanno prodotto un fatturato di oltre 500 miliardi di dollari (Forbes, 2013) e margini di profitto superiori a qualsiasi altro settore industriale.

Partendo dal complesso campo della ricerca scientifica, è stato in precedenza citato come l'industria privata, e non il settore pubblico, rappresenti il principale investitore nello sviluppo di nuovi farmaci e nuovi dispositivi, reinvestendo in questo ambito circa il 9,5% del proprio fatturato.

Tuttavia, in assenza di una solida capacità da parte del settore pubblico – e per pubblico si intende chiunque abbia la responsabilità di garantire la realizzazione di un diritto universale – di orientare questa montagna di investimenti, la ricerca che ne deriva è il risultato non del tentativo di fornire risposte innovative e solide a bisogni di salute ineludibili, obiettivo che costituisce il caposaldo etico della ricerca medica, ma spesso espressione di logiche di mercato e affermazione di interessi privati.

Infatti, la destinazione d'uso degli investimenti in ricerca su scala globale è solitamente indicata dal cosiddetto rapporto (o gap) 90/10. Questa definizione intende sottolineare come il 90% degli investi-

## RPS

LA «FILIERA DELL'ASSISTENZA SANITARIA»: TRA DIRITTO ALLA SALUTE E LEGGI DI MERCATO

menti in ricerca siano concentrati su problemi che interessano quel 10% della popolazione mondiale che può permettersi di «consumare» farmaci e servizi sanitari (Marsico, 2010). In maniera totalmente speculare, un gruppo di 17 malattie infettive altamente endemiche<sup>4</sup>, in aree rurali o urbane di paesi a risorse limitate, è normalmente indicato con il termine di «*neglected diseases*» poiché dimenticate da parte della ricerca scientifica in quanto le persone che ne risultano colpite non rappresentano un mercato appetibile di consumatori.

La ricerca non è solo manipolata nella definizione delle sue priorità, ma l'industria ha la reale possibilità di indirizzarne ogni sua fase, dal disegno dello studio, all'analisi dei risultati, sino alla pubblicazione dei risultati. Con la grave conseguenza che le evidenze su cui viene autorizzata la commercializzazione di un nuovo medicinale da parte delle Agenzie regolatorie o sulle quali organismi sovranazionali, società scientifiche e accademiche forniscono raccomandazioni o stilano linee-guida possono essere facilmente contraffatte, con danni molto gravi per la sanità pubblica e i singoli pazienti. È il caso, ad esempio, del farmaco antivirale Oseltamivir, acquistato, in gigantesche quantità e con un massiccio esborso di risorse pubbliche, da numerosi Governi sotto la minaccia di una nuova pandemia influenzale e con la piena raccomandazione dei piani pandemici dell'Organizzazione mondiale della sanità e di altri organismi nazionali e internazionali, salvo poi scoprire che tali raccomandazioni si basavano su una piccolissima parte dei dati raccolti durante le fasi della ricerca su questo farmaco: i dati che avevano fornito risultati favorevoli per gli obiettivi commerciali dell'azienda. Gli altri dati, quelli negativi, erano stati semplicemente occultati senza che né le Agenzie regolatorie né i Governi ne chiedessero conto (Alicino, 2012, 2014).

Purtroppo, vicende simili a quelle di Oseltamivir sono più frequenti di quanto ci si attenda, con esiti gravi, talvolta letali, non solo e non tanto per le casse pubbliche ma per i singoli pazienti. Poco più di due anni fa aveva destato molto scalpore una multa salatissima – oltre tre miliardi di dollari – comminata dal Governo degli Stati Uniti ad uno dei giganti di *Big Pharma* per aver sistematicamente occultato i dati di sicurezza relativi ad alcuni farmaci blockbuster<sup>5</sup> (fra cui un diffusissimo farmaco antidiabetico) e, quindi, aver frodato il Governo degli Stati

<sup>4</sup> Per un approfondimento si rinvia all'indirizzo internet: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/).

<sup>5</sup> Farmaco i cui ricavi superano il miliardo di dollari ogni anno.

Uniti. Ma dovrebbe destare ancor più indignazione che al di là dell'apparente enormità della somma pagata per l'occultamento dei dati di sicurezza di questo farmaco antidiabetico, così come dietro alle storie di decine di altri farmaci, ci sono milioni di pazienti che hanno assunto questo farmaco e 83.000 persone che, solo negli Usa, sono andati incontro a eventi cardiovascolari, talvolta letali. E per questi danni, nessuna delle persone che si sono criminalmente arricchite, deliberatamente occultando e minimizzando dati in loro possesso, è stata chiamata in causa (Alicino e Mereu, 2013).

Molte di queste vicende sono accomunate dal fatto che, nonostante gli investimenti nel settore ricerca e sviluppo siano ampiamente tutelati dai diritti di proprietà intellettuale che garantiscono una generosa «ricompensa» alle aziende che investono nella ricerca di nuovi farmaci, l'originalità delle nuove molecole introdotte in commercio è progressivamente diminuita nel corso degli anni, e la maggior parte dei nuovi farmaci commercializzati sono in realtà «farmaci fotocopia». Molecole praticamente identiche ad altre già in commercio e che non presentano alcun beneficio clinico per il paziente, ma consentono all'industria di occupare fette di un mercato molto redditizio, legato al trattamento di condizioni o patologie croniche quali ipertensione, diabete, aumento del colesterolo, attraverso strategie di marketing molto aggressive e talvolta, come abbiamo visto relativamente all'occultamento dei dati, spregiudicate. D'altro canto è proprio questo il capitolo di spesa a cui l'industria destina più risorse, circa il 30-35% dei propri ricavi (mentre l'investimento in ricerca ammonta a circa il 10%), e i cui obiettivi principali sono da un lato condizionare le abitudini prescrittive dei medici e dall'altro influenzare la stesura di raccomandazioni e linee-guida, soprattutto se il farmaco in questione, non essendo particolarmente innovativo, non presenta benefici reali rispetto a farmaci più vecchi e quindi meno costosi.

Eppure proprio la tutela dell'innovatività e dei «celebrati» investimenti in ricerca e sviluppo è l'argomento utilizzato dall'industria privata per difendere accanitamente gli accordi internazionali che regolano i diritti di proprietà intellettuale. Accordi che spesso si sono trovati al centro di grandi dibattiti internazionali riguardanti il diritto all'accesso a farmaci salvavita da parte di popolazioni con risorse insufficienti per affrontare i costi imposti dal mercato globale (Marsico, 2010).

Infatti, i diritti di proprietà intellettuale conferiscono all'azienda titolare del brevetto un regime di totale monopolio della durata di svariati anni – la durata complessiva del brevetto è di circa 20 anni, ma me-

## RPS

LA «FILIERA DELL'ASSISTENZA SANITARIA»: TRA DIRITTO ALLA SALUTE E LEGGI DI MERCATO

diamente un farmaco impiega fra i 5 e i 10 anni ad arrivare sul mercato – durante i quali l'azienda ha la piena libertà di «imporre» il prezzo del farmaco, indipendentemente dal fatto che proprio il costo dei farmaci rappresenti una barriera invalicabile per l'accesso a medicine essenziali da parte di larga parte della popolazione mondiale.

Ed è sul capitolo dei farmaci essenziali, e più in generale dei farmaci salvavita, che il conflitto fra il diritto fondamentale alla salute e le leggi del mercato globale, formalizzate negli accordi che proteggono la proprietà intellettuale, diventa più stridente.

Tuttavia, se da un lato l'industria privata gioca un ruolo, probabilmente insostituibile, nella ricerca, nello sviluppo, nella produzione e nella diffusione di farmaci, e più in generale di beni e servizi di carattere sanitario, appare necessario domandarsi se tale ruolo possa continuare a tradursi nella possibilità di limitare arbitrariamente la disponibilità delle conoscenze scientifiche e l'accessibilità al frutto di queste conoscenze a coloro che possono permettersi di pagarne il prezzo, o piuttosto è necessario svincolare tali beni dalle regole del mercato globale, costruite per tutelare il profitto più che i diritti universali, per restituirli alla dimensione di «bene comune» in quanto strumenti indispensabili per la realizzazione quotidiana del diritto alla salute.

Tali riflessioni, maturate principalmente in concomitanza con la battaglia per l'accesso universale alle terapie anti-Hiv nelle aree più povere del pianeta, sono state, almeno in linea teorica, recepite nell'ambito degli accordi internazionali sulla proprietà intellettuale. A partire dalla Dichiarazione di Doha del 2001, sono state introdotte in questi accordi alcune clausole volte a salvaguardare l'accesso a farmaci salvavita o rilevanti per la salute pubblica attraverso la possibilità, fornita ai paesi membri dell'Organizzazione mondiale del commercio (Omc), di accordare le cosiddette «licenze obbligatorie» per la produzione di versioni generiche, e quindi ad un costo decisamente inferiore, di medicinali ancora protetti da brevetto e, successivamente, di autorizzarne l'esportazione in paesi che non hanno capacità produttive, in caso di specifiche esigenze di sanità pubblica.

Nonostante ciò, la possibilità di appellarsi realmente a tali clausole rimane fortemente controversa e spesso è fortemente scoraggiata dall'industria del farmaco. Uno degli ultimi esempi in ordine temporale di questo atteggiamento è fornito dalla causa promossa dal colosso farmaceutico svizzero Novartis nei confronti del Governo indiano relativamente al brevetto del farmaco oncologico Imatinib Mesilato. La battaglia legale si è trascinata per oltre sette anni sino a quando, il 1°

aprile 2013, la Corte Suprema indiana ha respinto il ricorso di Novartis che pretendeva di imporre i diritti di proprietà intellettuale su un farmaco già noto negli anni '90 del secolo scorso e quindi ben prima dell'ingresso dell'India nell'Omc avvenuto nel 2005. Pertanto l'equivalente generico del farmaco, già in commercio da alcuni anni e prodotto da un'azienda farmaceutica indiana, è rimasto sul mercato a un prezzo di 175 dollari al mese a fronte dei 2600 dollari del farmaco prodotto da Novartis. Paradossalmente, l'intero conflitto legale fra India e Novartis è stato definito uno «scontro tra Davide e Golia» sul tema della proprietà intellettuale e dell'accesso ai farmaci (Fabbri e Alicino, 2013). Il paradosso consiste nel fatto che il secondo paese più popoloso al mondo è il Davide della vicenda, mentre la seconda multinazionale farmaceutica al mondo in termini di fatturato è rappresentata come un gigante, forte di accordi internazionali costruiti per tutelarne gli interessi.

D'altro canto, in occasione di un'altra battaglia legale fra il Governo indiano e, questa volta, la tedesca Bayer sulla possibilità di produrre una versione generica di un farmaco contro il cancro del fegato protetto da brevetto, il cui costo per una terapia di un anno ammontava a 41 volte il reddito medio pro capite indiano, l'amministratore delegato di Bayer aveva candidamente ammesso: «Siamo onesti, noi non sviluppiamo questo prodotto per gli indiani, ma per i pazienti occidentali che possono permetterselo» (Quarantelli, 2014).

#### *4. L'impatto dei farmaci innovativi sul Ssn italiano*

Tuttavia gli alti costi imposti dalle aziende farmaceutiche, detentrici del brevetto per farmaci realmente innovativi e potenzialmente salvavita, cominciano a interessare anche la parte più ricca del pianeta e rischiano di ripercuotersi anche sui sistemi sanitari più solidi. Il caso che, recentemente, ha destato maggior clamore è quello del farmaco anti epatite C, Sofosbuvir, prodotto dalla compagnia americana Gilead. Il costo medio di un ciclo di terapia nel Regno Unito è pari a 40 mila euro, mentre in Italia l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha da poco concluso un lungo braccio di ferro con l'industria produttrice trovando un accordo che prevede la distribuzione a carico del Ssn solo a una parte dei portatori del virus dell'epatite C, selezionati, sostanzialmente, in base a criteri di gravità. Il prezzo che lo Stato corri-

RPS

LA «FILIERA DELL'ASSISTENZA SANITARIA»: TRA DIRITTO ALLA SALUTE E LEGGI DI MERCATO

sponderà a Gilead non è stato diffuso, ma a parità dei costi concordati nel Regno Unito, in Italia risulterebbe impossibile trattare tutte le persone portatrici del virus dell'epatite C – in Italia sono circa 1,5 milioni – perché verrebbe speso, solo per garantire questa terapia, circa metà del budget destinato in un anno all'intera sanità italiana.

Come pronosticato dal direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, questa situazione è destinata a divenire sempre più frequente con l'immissione in commercio di molti principi attivi ad alto costo «soprattutto contro tumori, malattie infettive, sclerosi multipla, Alzheimer, e pre-Alzheimer». Tale crescita dei prezzi potrebbe, in prospettiva, mettere a rischio la tenuta stessa del nostro modello di assistenza sanitaria e rischiano, anche in Italia, di minare l'accesso universale ai farmaci.

Recentemente, il nostro paese è stato gravemente danneggiato da un'altra vicenda in cui un farmaco molto costoso per il trattamento della degenerazione maculare dell'età senile è stato utilizzato a spese della collettività attraverso accordi fra due colossi farmaceutici, Novartis e Roche, «restrittivi della concorrenza», volti a «limitare il consumo di un farmaco meno costoso», restringere «la libertà di scelta dei consumatori» e «condizionare il giudizio e la scelta terapeutica dei medici» (Autorità garante della concorrenza e del mercato, sentenza del 27 febbraio 2014).

Il tutto con l'obiettivo di una «illecita massimizzazione degli introiti» delle due aziende, legate fra loro da forti interessi azionari: Novartis detiene infatti circa un terzo del capitale sociale di Roche. La sostituzione del farmaco meno caro (Avastin) con quello più costoso (Lucentis) è stata possibile – secondo l'Antitrust – grazie all'adozione di strategie di «artificiosa differenziazione» dei due prodotti, di «manipolazione della percezione dei rischi», di «minimizzazione dei risultati di studi comparativi indipendenti». In altre parole, dando eccessivo rilievo alla presunta minore sicurezza del prodotto più economico e nonostante studi scientifici indipendenti (cioè non finanziati dall'industria) non ne avessero documentato la significatività statistica. E così, per anni le strutture sanitarie sono state costrette a utilizzare un farmaco il cui costo era inizialmente 100 volte e poi circa 40 volte maggiore di quello meno caro, ma ugualmente efficace (Dirindin, 2014).

Come scritto dalla senatrice Nerina Dirindin, si è trattato di «una brutta vicenda, che ha consentito alle due aziende di aumentare i loro profitti a danno di un paese colpito da una grave crisi economica e senza la minima attenzione per le conseguenti difficoltà di accesso alle cure da parte di persone con patologie gravi e diffuse» (ivi).

D'altro canto se il caso del farmaco farmaceutico è certamente esemplare, non bisogna dimenticare come anche altri comparti della «filiera dell'assistenza sanitaria» siano stati interessati da gravi episodi in cui gli interessi di profitto sono andati a scapito della salute pubblica e delle risorse economiche stanziare per garantirla. Solo per citare alcuni fatti di cronaca recenti riguardanti il nostro paese, e su cui sono aperte indagini giudiziarie, si va da appalti truccati per l'introduzione di dispositivi medici nel circuito delle strutture pubbliche a strutture private che, pur operando in regime di convenzione col Ssn, non garantivano standard di assistenza adeguati o, addirittura, violavano la dignità delle persone assistite.

RPS

Cristiano Alicino

### *5. Un rapporto (conflittuale) destinato a perdurare*

In conclusione, non si tratta di mettere in discussione il ruolo economico e talvolta scientifico dell'intera filiera dell'assistenza sanitaria, e neanche la legittimità degli obiettivi di massimizzazione del profitto propria dell'impresa privata. In discussione è la capacità del settore pubblico di tutelare la comunità dalla degenerazione degli interessi privati e dalla loro prevaricazione dell'obiettivo primario che deve rimanere la tutela del diritto alla salute. La sua capacità di orientare la ricerca verso il soddisfacimento di bisogni reali, di porre le condizioni perché le Agenzie regolatorie possano adempiere al loro compito istituzionale, di limitare la possibilità del marketing più spregiudicato e i suoi effetti in termini sia di salute che economici, di selezionare gestori della «cosa pubblica» con conoscenze, competenze e valori tali da non lasciarsi sopraffare da interessi personali di carriera e arricchimento, e la lista potrebbe continuare. In una sola parola ad essere in discussione è la capacità di Governi ed Enti sovranazionali di reinvertire il paradigma e porre al centro delle proprie politiche il diritto alla salute e tutte quelle condizioni che contribuiscono a realizzarlo anziché continuare ad assistere, quasi impotenti, al consolidarsi di prassi e leggi costruite a beneficio dell'impresa privata piuttosto che a tutela della collettività.

Proprio durante la stesura di questo articolo, si è assistito all'ennesimo capitolo di conflitto fra tutela nel diritto alla salute e interessi economici e commerciali. Infatti, fra le prime proposte formulate dalla nuova Commissione europea guidata da Jean-Claude Juncker, vi è il trasferimento delle unità fondamentali appartenenti alla Direzione gene-

## RPS

LA «FILIERA DELL'ASSISTENZA SANITARIA»: TRA DIRITTO ALLA SALUTE E LEGGI DI MERCATO

rale Sanità e consumatori (Dg Sanco) – l'unità responsabile per i prodotti medicali e *devices* (inclusa la loro autorizzazione), quella per la qualità, la sicurezza e l'efficacia e quella per l'Agenzia regolatoria europea per il farmaco (European medicines agency, Ema) – alla Direzione generale imprese e industria. La decisione sarebbe stata in controtendenza rispetto a quanto stabilito dal presidente Barroso nel 2009, il quale, anche a seguito di una gigantesca mobilitazione continentale, aveva affidato alla Dg Sanco una specifica unità per la regolamentazione e le scelte di politica del farmaco.

Nelle scorse settimane, numerosi esperti di politica sanitaria si sono espressi contro la decisione del presidente Juncker, mentre sono ovviamente giunti numerosi apprezzamenti per la decisione da parte del mondo dell'industria.

In particolare, sul prestigioso giornale scientifico «British Medical Journal», McKee e Belcher (2014) hanno presentato con chiarezza i motivi di preoccupazione nei confronti delle scelte operate a livello europeo. Il primo riguardava la futura capacità della Dg Sanco di far fronte alle emergenze sanitarie, quali epidemie di gravi malattie infettive o i rischi connessi all'impiego di armi biologiche o chimiche da parte del terrorismo internazionale. Infatti, la risposta alle emergenze infettive passa anche attraverso l'autorizzazione e la distribuzione di farmaci in grado di prevenire o contrastare le epidemie. Un eventuale passaggio di queste responsabilità alla Direzione generale Imprese e industria, il cui compito primario è la promozione della competitività dell'industria farmaceutica avrebbe comportato il rischio che gli interessi commerciali prevalessero sugli interessi di tutela della salute pubblica. Il secondo motivo di preoccupazione riguardava l'introduzione in commercio di farmaci innovativi, i cui costi, come sopra enunciato, sono talvolta così alti da costituire un potenziale pericolo per tutti i sistemi pubblici. Un ulteriore motivo di preoccupazione attiene alla trasparenza dei processi di autorizzazione e negoziazione dei farmaci, trasparenza in passato poco amata dall'industria (McKee e Belcher, 2014).

Con grande sorpresa dei numerosi esperti e organizzazioni che si erano schierati contro questa decisione, alcuni giorni fa il nuovo presidente della Commissione europea ha fatto retromarcia lasciando queste importanti funzioni alla Dg Sanco (Watson, 2014).

Tuttavia, quanto accaduto a livello europeo testimonia, una volta di più, come i Governi nazionali e sovranazionali continuino a faticare per far prevalere la cultura dei diritti umani.

## Riferimenti bibliografici

- Oisg-Osservatorio italiano sulla salute globale, 2004, *Rapporto 2004 su Salute e Globalizzazione*, Feltrinelli, Milano.
- Presidenza del Consiglio dei ministri - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, *Patto per la Salute 2014-2016*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_044351\\_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf).
- Oecd, 2014, *Health Statistics 2014*, disponibile all'indirizzo internet: [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).
- Ministero della Salute, *Il personale del sistema sanitario italiano*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_pubblicazioni\\_1816\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1816_allegato.pdf).
- Confindustria, 2012, *Struttura e performance della filiera della salute. Anni 2007-2010*, febbraio, Roma.
- Turno R., 2014, *Renzi apre ai big del farmaco*, Il Sole 24ore, 7 ottobre, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ilsole24ore.com/art/impresa-e-territori/2014-10-07/renzi-apre-big-farmaco-063854.shtml?uud=AB6Ajk0B>.
- Marsico G., 2010, *La sperimentazione umana. Diritti violati/diritti condivisi*, Franco Angeli, Milano.
- Forbes, 2013, *Fortune Global 500 companies*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.forbes.com/sites/panosmourdukoutas/2013/07/17/worlds-500-largest-corporations-in-2013-the-chinese-are-rising/>.
- Who-World health organization, *Neglected tropical diseases*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/).
- Alicino C., 2012, *La trasparenza nelle sperimentazioni cliniche: il caso Tamiflu*, «SaluteInternazionale.info», 12 dicembre, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2012/12/la-trasparenza-nelle-sperimentazioni-cliniche-il-caso-tamiflu/>.
- Alicino C., 2014, *La trasparenza nella ricerca farmaceutica. Cosa insegna il Caso Tamiflu*, «SaluteInternazionale.info», 7 luglio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/cosa-insegna-il-caso-tamiflu/>.
- Alicino C. e Mereu A., 2013, *Chi paga le multe di Big Pharma?*, «SaluteInternazionale.info», 27 maggio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/chi-paga-le-multe-di-big-pharma/>.
- Fabbri A. e Alicino C., 2013, *Il caso Glivec. Davide contro Golia. India vs Novartis*, «SaluteInternazionale.info», 11 maggio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-caso-glivec-davide-contro-golia-india-vs-novartis/>.
- Quarantelli M., 2014, *Bayer, polemica sul ceo: «Farmaco anticancro? È per chi può permetterselo»*, il Fatto Quotidiano, 27 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2014/01/27/bayer-polemica-per-le-frasi-del-ceo-farmaco-anticancro-e-per-chi-puo-permetterselo/859257/>.
- Autorità garante della concorrenza e del mercato, sentenza del 27 febbraio 2014, disponibile all'indirizzo internet [http://www.agcm.it/trasp-statistiche/doc\\_download/4112-i760-provvedimento.html](http://www.agcm.it/trasp-statistiche/doc_download/4112-i760-provvedimento.html).

Dirindin N., 2014, *Il caso Avastin Lucentis*, «SaluteInternazionale.info», 23 marzo, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/03/il-caso-avastin-lucentis/>.

McKee M. e Belcher P., 2014, *The european commission and pharmaceutical policy. A victory for profits over public health?*, «Bmj», n. 349:g5671.

Watson R., 2014, *Medicines to remain with european commission health directorate*, «Bmj», 349: g6514.

## Formazione, università e diritto alla salute

**Gavino Maciocco**

*La formazione dei professionisti sanitari non riesce a tenere il passo delle sfide della globalizzazione. In conseguenza di ciò i programmi didattici delle università sono frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati. I problemi sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurava la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità,*

*con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario. Lodevoli sforzi per rimediare a questi gravi difetti sono quasi sempre falliti, in parte a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, ovvero la tendenza di varie professioni di muoversi separatamente dalle altre, se non in competizione l'una contro l'altra. È necessario e urgente ridisegnare il profilo della formazione dei professionisti sanitari, anche in vista delle opportunità offerte dalla interdipendenza globale legata all'accelerazione del flusso di conoscenze e tecnologie e alla migrazione di professionisti e pazienti.*

### 1. I gravi limiti della formazione accademica

Nel 2010 la rivista «The Lancet» decise di costituire una Commissione con lo scopo di analizzare lo stato della formazione dei professionisti sanitari nel mondo e di fornire raccomandazioni per il futuro. *Education on health professionals for the 21st century: a global independent commission*, questo il titolo dell'iniziativa che coinvolse venti esperti provenienti da ogni parte del mondo (Frenk e al., 2010). L'occasione era data da un anniversario: era trascorso un secolo da quando negli Usa era stato pubblicato il *Flexner report*, un documento che avrebbe rivoluzionato la formazione medica negli Stati Uniti (e non solo) integrando il tradizionale curriculum delle scuole di medicina con il metodo scientifico. Si trattò di una riforma che consentì ai professionisti sanitari di allargare la loro conoscenza, aprendo le porte a una serie impressionante di scoperte scientifiche e di innovazioni tecnologiche, che contribuirono – si legge – a raddoppiare la speranza di vita nel corso del ventesimo secolo.

«Ma all'inizio del ventunesimo secolo – afferma la Commissione – le cose non stanno andando affatto bene. Clamorose diseguaglianze nella salute persistono sia all'interno dei paesi, che tra paesi, evidenziando il nostro fallimento collettivo nel distribuire in maniera equa gli straordinari progressi della medicina. Contemporaneamente ci troviamo di fronte a nuove sfide. Nuove infezioni, rischi ambientali e comportamentali, insieme alla rapida transizione demografica ed epidemiologica, minacciano la salute di tutti. In tutto il mondo i sistemi sanitari faticano a restare al passo e diventano sempre più complessi e costosi, richiedendo un impegno sempre maggiore agli operatori sanitari». La formazione dei professionisti, in tutto il mondo, sembra aver ignorato tutto ciò: i programmi didattici delle università sono «frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati [...] I problemi – continua il documento – sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurando la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità, con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario. Lodevoli sforzi per rimediare a questi gravi difetti sono quasi sempre falliti, in parte a causa del cosiddetto tribalismo delle professioni, ovvero la tendenza di varie professioni di muoversi separatamente dalle altre, se non in competizione l'una contro l'altra».

## 2. *La formazione medica e il contesto socio-economico.* *Il dibattito degli anni '70*

Queste affermazioni fotografano una realtà che già da alcuni decenni presentava gli stessi difetti: una medicina molto potente nella risoluzione di specifici problemi clinici, ma che non ha la capacità di affrontare i problemi più generali che emergono dal contesto sociale ed economico.

«Una larga parte della popolazione mondiale, forse più della metà, non ha accesso all'assistenza medica e per la maggior parte degli altri uomini le cure disponibili non sono adeguate ai loro bisogni. Per una ben triste ironia, i più brillanti successi delle scienze biomediche non arrivano a proiettare i loro effetti là dove ne è più acuta la necessità.

Un numero enorme di uomini muore di malattie prevenibili e curabili oppure sopravvive nell'infermità fisica per mancanza delle più elementari prestazioni della medicina moderna» (Bryant, 1969). Questo scriveva John Bryant, professore americano di sanità pubblica, già nel 1969. A sua volta uno dei più illustri studiosi britannici di scienze mediche, Max Rosenheim, così, negli stessi tempi, formulava le sue allarmate riflessioni: «Se, per i prossimi vent'anni non si facessero più ricerche, se ci fosse cioè una pausa nella ricerca, l'applicazione di ciò che è già noto, di ciò che è stato già scoperto, produrrebbe un diffuso miglioramento della salute del mondo. Come presidente della Commissione consultiva per la ricerca medica dell'Oms, io guardo con speranza ai nuovi progressi scientifici che ci attendono ma talvolta devo chiedermi se le grandi quantità di denaro che vengono oggi spese, in molti paesi, per la ricerca non potrebbero produrre un più rapido e cospicuo progresso della salute degli uomini ove fossero usate per applicare quanto è già noto» (Rosenheim, 1968, pp. 821-22).

Negli anni successivi, gli anni '70, le critiche alla medicina, vista più come casta autoreferenziale e come centro di potere, si fanno sempre più severe, basti pensare a ciò che scrivevano personaggi come Ivan Illich e Arcibald L. Cochrane.

«La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. L'effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di un'epidemia». Con queste due frasi si apre *Nemesi medica* di Ivan Illich (1926-2002), libro cult pubblicato in Italia nel 1976. Filosofo, bioeticista e sociologo, Illich è stato vice rettore dell'Università di Puerto Rico e fondatore in Messico del Centro Intercultural de Documentación (Cidoc) che aveva il compito di preparare i preti e i volontari alle missioni nel continente americano. L'idea centrale della sua vasta produzione saggistica è la seguente: «Quando i grandi servizi istituzionalizzati si sviluppano al di là dei loro limiti critici, diventano i principali ostacoli alla realizzazione degli obiettivi per cui sono concepiti e finanziati». «Durante le ultime generazioni – afferma Illich – il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo. La società ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire cosa è malattia, chi è o può diventare malato e che cosa occorre fargli. [...] Un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno per tre motivi: produce inevitabilmente un danno clinico che sopravanza i suoi potenziali benefici; non può non favori-

re, pur se le oscura, le condizioni politiche che rendono malsana la società; tende a mistificare e a espropriare il potere dell'individuo di guarire se stesso e di modellare il proprio ambiente».

Anche secondo Arcibald L. Cochrane, epidemiologo inglese (1909-1988), la medicina ha superato i limiti, per motivi diversi – ma non troppo – da quelli sostenuti da Ivan Illich. Nel suo libro *L'inflazione medica*, l'autore denuncia l'eccesso di prestazioni sanitarie – una sorta d'inflazione appunto – prescritte ed erogate senza un'effettiva necessità clinica e senza una documentata dimostrazione di efficacia, con il risultato di aumentare i costi del National health service britannico, senza ottenere benefici per la salute della popolazione. «L'inflazione medica – sostiene Cochrane – dipende da stimoli esterni, che sono rappresentati dai contributi dell'industria farmaceutica e della ricerca medica e dall'influenza dei “mass media”, cui la classe medica reagisce con un aumento dell'attività senza corrispondenti risultati tangibili. [...] L'inflazione potrebbe essere dominata sottomettendo le attività mediche a verifica mediante esperimenti controllati (Rtc) per stabilire l'influenza misurabile di ciascuna di esse sul decorso delle malattie. L'applicazione di questo criterio di efficacia dovrebbe condurre, in special modo, a una diminuzione del numero e della durata dei ricoveri per casi acuti, all'abbandono di numerose terapie inefficaci e a una importante limitazione degli esami di laboratorio, realizzando così sostanziali economie. Queste potrebbero permettere di migliorare la situazione dei settori più svantaggiati del servizio sanitario, e in particolare di aumentare gli stanziamenti destinati all'assistenza dei malati cronici, dei casi psichiatrici e degli handicappati» (Cochrane, 1978).

Negli stessi anni un altro epidemiologo inglese, Thomas McKeown (1912-1988), si sofferma sui limiti della medicina con un libro che entra in diretta polemica con il coetaneo e conterraneo A.L. Cochrane e che nel titolo (e anche nel contenuto) richiama il saggio di Illich: *La medicina: sogno, miraggio o nemesi?*. Secondo McKeown le critiche di Cochrane alla medicina sono superficiali: «il suo tipo di approccio suggerisce che non c'è nulla di seriamente sbagliato nelle tradizionali linee di ricerca medica e di politica sanitaria, a eccezione dello squilibrio negli investimenti tra assistenza e cura. [...] La mia posizione, a differenza di quella di Cochrane, è in breve la seguente. La scienza medica e i suoi servizi sono mal indirizzati e gli investimenti sociali nel campo della salute sono mal impiegati perché si basano su una concezione errata delle basi della salute umana. Si assume che il corpo umano può

essere considerato una macchina la cui protezione dalle malattie e dai suoi effetti dipende da un intervento nel suo interno. Questo approccio ci ha resi noncuranti delle influenze esterne e del comportamento individuale, che sono i determinanti più importanti della salute umana» (McKeown, 1978).

L'immagine del corpo malato come una macchina da riparare richiama il modello biomedico di medicina, su cui largamente si basa la formazione universitaria. Un modello messo in discussione dallo psichiatra George L. Engel (1913-1999) in uno storico paper pubblicato su «Science», dal titolo *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* (Engel, 1977). «Il modello dominante di malattia – scrive Engel – oggi è biomedico, con la biologia molecolare la sua disciplina scientifica fondamentale. Questo modello si basa sul concetto che la malattia (*disease*) è interamente spiegata dalla deviazione dalla norma di variabili biologiche (somatiche) misurabili. Questo paradigma non lascia alcun spazio alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia (*illness*). Il modello biomedico non solo richiede che la malattia sia trattata come un'entità indipendente dal contesto sociale, ma pretende anche che le alterazioni comportamentali debbano essere spiegate sulla base di alterazioni somatiche (biochimiche o neurofisiologiche). Così il modello biomedico abbraccia sia il riduzionismo, il punto di vista filosofico secondo cui i fenomeni complessi derivano alla fine da una singola causa primaria, sia il dualismo corporeo, la dottrina che separa il mentale dal somatico. Dal punto di vista riduzionistico gli unici strumenti concettuali e sperimentali disponibili per studiare i sistemi biologici sono quelli fisici». Engel propone un nuovo modello di medicina, il modello bio-psico-sociale, centrato sulla persona e i suoi bisogni e non sulla malattia. Il modello bio-psico-sociale è insieme una filosofia e una guida. Perché aiuta a comprendere come la malattia e la sofferenza sono l'effetto di molteplici fattori da quelli molecolari a quelli che riguardano l'intera società. Aiuta inoltre a capire l'esperienza soggettiva del paziente nelle sue diverse dimensioni – somatica, psichica, sociale – e consente quindi un'accurata diagnosi, un'adeguata risposta e, in conclusione un'assistenza più umana.

Negli anni '70 anche in Italia si levavano critiche molto radicali nei confronti della formazione universitaria. Massimo Gaglio, professore di medicina interna all'Università di Catania, affermava: «un insegnamento libresco e veterinario, un insegnamento spezzettato e ripetitivo che rifiuta ostinatamente di diventare critico con se stesso, che è avul-

RPS

Gavino Maciocco

so dal mondo circostante e dai suoi problemi: in breve, un insegnamento che nulla insegna sulla stessa medicina che lo studente dovrà praticare dopo la laurea» (Gaglio, 1976, p. 88).

Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977), medico, direttore dell'Istituto di Statistica medica e Biometria all'Università di Milano, fondatore delle riviste «Sapere» ed «Epidemiologia e Prevenzione» e del movimento per il diritto alla salute Medicina democratica, auspicava una Facoltà di Medicina «capovolta» affinché la formazione potesse cominciare «dalla realtà e non dalla teoria, dalla società viva e non dallo studio di un cadavere» (Maccacaro, 1979).

Maccacaro fu ideatore e curatore della collana «Medicina e Potere» della Feltrinelli, di cui *La medicina del capitale* (Polack, 1972) fu il primo volume pubblicato. «Ipotesi di lavoro di questa collana – scrisse Maccacaro – è che la medicina, come la scienza, sia un modo di potere: che, anzi, nella conversione e gestione scientifica di dottrine e pratiche, contenuti e messaggi, enti e funzioni, ruoli e istituti, divenga propriamente potere, sostanza e forma del suo esercizio [...]. Dire *medicina del capitale* – afferma Maccacaro – è intendere molto più che un'indicazione storica o sociologica; è proporre il risultato di un'analisi politica secondo la quale il comando capitalistico – nelle società da esso egemonizzate – è portato, per le necessità della sua affermazione e per il controllo delle sue contraddizioni, ad assumere la gestione totale del sistema medico in tutte le sue parti e relazioni. [...] Per la *medicina del capitale* la malaria non è più effetto di insalubrità secolari ma iniezione anofelina di *Plasmodium*, l'etisia non più prodotta dagli stenti e dalle ambascie ma dal *Mycobacterium tuberculosis*, il crepacuore non si dà più come risultato di dolenti emozioni ma per occlusione ateromatosa di un'arteria coronarica. E così ancora per altre verità innumerevoli e innumerevolmente riduttive. Di queste verità si illumina la nuova scienza e si arma la nuova medicina. [...] La vera medicina preventiva – afferma ancora Maccacaro –, l'unica che abbia senso e verità, non è quella che il capitale ci propone, ma quella a cui il capitale si oppone. È la medicina che rintraccia le cause patogene e le elimina invece di trattenersi agli effetti e mascherarli con la finzione del loro riconoscimento precoce. Però, se le cause sono nel modo di produzione, nella gestione sociale, nella costrizione di vita che il capitale ha imposto e impone, cioè se il capitale è – come è – esso stesso patogeno, potrà mai combattere contro di lui e per l'uomo la medicina che si è fatta mediatrice del suo comando sull'uomo?» (Maccacaro, 1972).

### 3. Il risveglio degli anni 2000

Il dibattito che si sviluppò negli anni '70 ebbe un significativo seguito dal punto di vista politico e anche scientifico (fu da allora che iniziarono ricerche e pubblicazioni su determinanti sociali e disuguaglianze nella salute), ma poco o nulla di tutto ciò filtrò nella formazione medica e nei programmi didattici. Bisogna aspettare gli inizi del nuovo millennio, con gli effetti destabilizzanti della globalizzazione, per assistere all'avvio di una discussione che coinvolge il mondo accademico e mette in discussione il ruolo della formazione medica.

Nel 2008 la Commissione sui Determinanti sociali di salute dell'Oms, a conclusione dei suoi lavori iniziati nel 2005, presentò il Rapporto finale *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (World health organization, 2008), che inizia con queste affermazioni: «La giustizia sociale è una questione di vita o di morte. Influisce sulle condizioni di vita delle persone, sul conseguente rischio di malattia e di morte prematura. Guardiamo con ammirazione al continuo aumento dell'aspettativa di vita e di buona salute in alcune parti del mondo, e con allarme al fallimento del miglioramento in altre. Una bambina che nasce oggi in alcuni paesi ha un'aspettativa di vita di 80 anni e in altri inferiore ai 45. Anche all'interno degli Stati ci sono drammatiche differenze di salute, strettamente connesse con il grado di svantaggio sociale a cui le persone sono esposte. Differenze di questa portata, all'interno e tra i paesi, semplicemente non dovrebbero esistere. Queste disuguaglianze in salute sono evitabili, non naturali, e dipendono – oltre che dall'efficacia dei sistemi sanitari – dalle circostanze in cui gli individui crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Le condizioni in cui le persone vivono e muoiono sono, a loro volta, modellate da forze politiche, sociali ed economiche. Le politiche sociali ed economiche hanno un impatto determinante sulle possibilità che un bambino ha di crescere e svilupparsi nel suo pieno potenziale e nel determinare se vivrà una vita florida o avvizzita».

Michael Marmot – già presidente della suddetta Commissione sui Determinanti sociali di salute – avendo ricevuto dal Governo inglese nel 2009 l'incarico di produrre un Rapporto sulle disuguaglianze e dovendo incontrare varie comunità locali, a Liverpool fu ospite dei pompieri della città. Questi gli spiegarono che loro erano impegnati anche in attività preventive: valutavano la qualità delle abitazioni, i comportamenti riguardo al fumo e in generale sui rischi d'incendio e

RPS

Gavino Maciocco

si prendevano cura dei problemi della comunità, promuovendo attività in favore dei giovani e delle persone anziane (Allen e al., 2013).

«Se ciò lo fanno i pompieri, perché no i dottori?» fu la domanda che Marmot pose all'Associazione dei medici britannici (*British medical association*, Bma), quando ne era presidente. I medici sono coinvolti nella cura delle malattie, ma molti accettano di avere un importante ruolo anche nella prevenzione. Se le malattie hanno la loro radice nel contesto in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano – i determinanti sociali di salute – perché i medici non dovrebbero essere coinvolti nelle cause delle malattie e, più precisamente, nelle cause delle cause? La Bma accettò la sfida e produsse un documento, *Social Determinants of Health – What doctors can do*, in cui si diceva ciò che avrebbero dovuto fare i medici nel campo dei determinanti sociali di salute (Bma, 2011). Ma per poterlo (e saperlo) fare i medici devono adottare una prospettiva olistica che il documento riassume in questa definizione: «la medicina olistica è una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro. Tiene conto dei fattori che riguardano gli aspetti somatici, emozionali, ambientali, sociali e quelli connessi agli stili di vita. Mette insieme i concetti di benessere psico-fisico e il benessere sociale e prende quindi in considerazione le capacità di una persona di interagire con la società: le abilità nel lavoro, nell'apprendimento, nel creare e mantenere le relazioni personali e sociali, come pure nel riuscire a essere libero da malattie evitabili, e riuscirci in un modo che sia accettabile per l'individuo» (ivi).

L'idea che i medici debbano occuparsi di determinanti sociali di salute viene raccolta dalle principali associazioni mediche britanniche, come il Royal college of physicians e il Royal college of general practitioners, producono un documento che – nel titolo *How doctors can close the gap* – si chiede come i medici possano ridurre le disuguaglianze nella salute (Royal college of physicians, 2010). La risposta è nel sottotitolo: *Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education* (Affrontare i determinanti sociali di salute attraverso il cambio di cultura, la difesa dei più deboli e la formazione).

Molti medici – sostiene il documento – sono completamente focalizzati sugli interventi clinici, mentre tutti i professionisti dovrebbero adottare una prospettiva di salute che guardi oltre i bisogni immediati dei singoli pazienti e lavori per promuovere attivamente la salute e il benessere. Per fare questo è necessario produrre dei cambiamenti

- a) nelle attitudini dei medici nei riguardi dei determinanti della salute,
- b) nell'assistenza sanitaria e nel sistema sociale, e c) (nota bene!) nella formazione dei medici.

Occorre dunque:

- cambiare la prospettiva (*changing perspectives*): per affrontare efficacemente i determinanti di salute è necessario un approccio olistico ai problemi, con i medici che non solo si fanno promotori della salute e della prevenzione delle malattie, ma che collaborano con tutti gli altri settori della società per sviluppare soluzioni per ridurre le disuguaglianze. C'è bisogno di un più alto livello di coesione tra professionisti impegnati in diversi campi dell'assistenza sanitaria, affinché ci si possa occupare dei determinanti sociali della salute in modo più efficace e più mirato. Una maggiore interazione tra i team che si occupano di sanità pubblica e ricercatori, clinici, operatori sociali e amministratori locali, e un migliore flusso d'informazioni tra questi gruppi, aiuterà a stabilire quali iniziative di promozione della salute sono più efficaci e quali gruppi di popolazione sono meno serviti e protetti. La condivisione delle informazioni sulle migliori pratiche su come affrontare i determinanti sociali di salute dovrebbe essere incoraggiata e centralizzata. È comunemente riconosciuto che i medici sono tra i più rispettati professionisti nella società e questa benevolenza deve essere incanalata in programmi che affrontano le disuguaglianze nella salute. Bisogna che i medici a tutti i livelli si uniscano alle forze che si battono per l'equità nella salute, dagli studenti in medicina ai più potenti presidi delle facoltà di medicina. L'intera professione medica può usare la sua voce influente, sia a livello personale sia a livello locale o nazionale, per promuovere azioni sui determinanti sociali di salute;
- cambiare i sistemi (*changing systems*): la sfida chiave per affrontare le disuguaglianze nella salute è rappresentata dal fatto che i più svantaggiati e marginalizzati sono spesso gli ultimi nella società a ricercare l'aiuto medico. Ciò deriva da impedimenti fisici o mentali, problemi logistici, barriere linguistiche o anche da un'attitudine fatalistica verso la salute e dal considerare la malattia come inevitabile. Tutti i professionisti della salute devono impegnarsi con le loro comunità locali e lavorare per ampliare l'accesso ai servizi e per connettersi con i gruppi di popolazione più difficili da raggiungere. I programmi sanitari dovrebbero essere progettati per dare agli utenti più potere e più possibilità di aumentare il controllo sulla loro salute. È vitale fornire ai gruppi socialmente svantaggiati, e in

RPS

Gavino Maciocco

particolare ai giovani, un'informazione accessibile e amichevole sui problemi sanitari. Questi tipi di programmi devono procedere insieme a una generale ristrutturazione dei servizi di cure primarie che preveda una loro forte integrazione con i servizi sociali, educativi e per l'impiego. Le visite mediche devono essere l'occasione per conoscere i problemi sociali dei pazienti e individuare le aree di bisogno che potrebbero richiedere il supporto di settori non sanitari;

- cambiare la formazione (*changing education*): noi dobbiamo dare agli studenti in Medicina e agli specializzandi l'incoraggiamento e il supporto per interessarsi dei determinanti sociali della salute e promuovere la salute tra la popolazione, piuttosto che concentrarsi soltanto sulla cura dei singoli pazienti. È importante convincere gli studenti già nelle fasi iniziali della loro carriera di studi che imparare i determinanti sociali di salute li aiuterà veramente a migliorare la salute della società. I problemi di sanità pubblica riguardanti le disuguaglianze nella salute e dei determinanti sociali di salute dovrebbero essere inseriti in tutte le parti del curriculum degli studi e nella formazione pratica. Gli attuali corsi di sanità pubblica sono spesso aridi e poco interessanti e devono essere modificati per attirare l'attenzione degli studenti sui problemi delle disuguaglianze nella salute. È riconosciuto che il contesto in cui s'impara è importante quanto il contenuto dell'apprendimento; per questa ragione agli studenti dovrebbe essere offerta l'opportunità di fare esperienze in ambito sociale, a contatto con operatori sociali, gruppi comunitari, organizzazioni di volontariato. La formazione sui determinanti sociali di salute dovrebbe essere inclusa anche nelle discipline cliniche, dove la discussione sulle cause di una malattia dovrebbe tener conto del contesto familiare del paziente, del suo ambiente di vita e di lavoro. Per esempio quando si studiano le malattie respiratorie gli studenti dovrebbero conoscere in che modo il contesto socio-familiare può influenzare l'abitudine al fumo dei pazienti, e quali potrebbero essere le misure per ridurre tale impatto. Anche nell'ambiente ospedaliero la discussione dei casi clinici dovrebbe includere la prospettiva socioculturale.

Nel marzo 2001 si tenne a Erice, presso il Centro Ettore Majorana, un corso residenziale organizzato dal Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze e promosso dalla Società italiana d'igiene (Siti) – *Flussi migratori e politiche per la salute* – che si concluse con una Dichiarazione rivolta alla società civile e alla comunità scientifica, elaborata e sottoscritta da operatori sanitari, ricercatori, docenti univer-

sitari provenienti da diverse realtà (Roma, Milano, Genova, Padova, Trieste, Bari, Catania, Palermo, Firenze), rappresentanti del volontariato (Medici senza Frontiere, Cuamm di Padova, Caritas di Roma, Naga di Milano) e di altre società scientifiche (come la Società italiana di medicina delle migrazioni), e di cui riportiamo alcuni brani.

«Mai come oggi l'Umanità soffre per così ampie e crescenti disuguaglianze nel reddito e nella salute. Eppure non sono lontani gli anni in cui l'Umanità sembrava incamminarsi in una strada di maggiore giustizia tra i popoli e di realizzazione dei principi solennemente enunciati nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948). Tra questi anche il diritto alla salute. Poco più di 20 anni or sono l'Organizzazione mondiale della sanità lanciava la campagna per la "Salute per tutti entro il 2000" e riaffermava che "la salute – come stato di benessere fisico, sociale e mentale e non solo come assenza di malattia e infermità – è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso a un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante" (Conferenza di Alma Ata, 1978). Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti sembra essersi interrotto. La globalizzazione dei nostri giorni è quella della finanza e dell'economia. Non è un caso che la Banca mondiale abbia di fatto sostituito l'Organizzazione mondiale della sanità nell'indicare – e in certi casi imporre – le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla. [...] La comunità scientifica – e in particolare coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca – ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. Emerge sempre più forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze e pertanto la scuola e l'università non possono più a lungo sottrarsi a questo compito».

Il documento fu condiviso da tutti i partecipanti. La prima firma fu di Giovanni Berlinguer, che tenne nell'occasione la lezione magistrale.

Quell'incontro ebbe uno straordinario effetto catalitico. Di lì a poco si costituì l'Osservatorio italiano sulla salute globale (Oisg, [www.saluteglobale.it](http://www.saluteglobale.it)), di cui gran parte dei fondatori erano stati relatori al Corso di Erice (tra questi, appunto, G. Berlinguer). Dal 2004 l'Oisg pubblicherà periodicamente un Rapporto sulla salute globale. La nascita del-

RPS

Gavino Maciocco

L'Oisg favorì l'avvio di alcuni corsi accademici sulla salute globale. Si trattava di attività didattiche elettive (cioè complementari) per lo più svolte all'interno della Facoltà di Medicina, con contenuti variabili da sede a sede.

Il progetto *Equal opportunities for health: action for development* ha rappresentato un forte stimolo sia all'estensione geografica delle attività formative all'interno delle varie università, sia nella definizione condivisa dei contenuti della materia. Il progetto, finanziato dall'Unione europea, avviato nel 2007 e proseguito fino al 2014, si poneva l'obiettivo di promuovere e diffondere la cultura del diritto alla salute – della salute per tutti – nell'ambiente accademico e all'interno della società civile. Aveva come capofila l'organizzazione non governativa di Padova Medici con l'Africa - Cuamm ([www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)) e vedeva la partecipazione di numerosi partner italiani ed europei. I partner italiani erano Oisg, le Università di Bologna e Firenze e il Segretariato italiano studenti in Medicina ([www.sism.org](http://www.sism.org)), storica organizzazione che raccoglie gli studenti di medicina di tutta Italia.

I primi passi del progetto furono quelli di disegnare la mappa delle attività didattiche accademiche che nei vari atenei facevano riferimento alla salute globale e predisporre gli elementi basilari dell'offerta formativa, facendo tesoro delle esperienze italiane in corso e di ciò che maturava in numerose realtà internazionali, soprattutto anglosassoni. Fu così elaborato il curriculum standard, un programma didattico basato su cinque moduli corrispondenti ai seguenti argomenti: 1) salute, determinanti e disuguaglianze nella salute; 2) l'origine e lo sviluppo dei sistemi sanitari, la salute come diritto umano; 3) salute, sviluppo e globalizzazione; 4) migrazioni e salute; 5) cooperazione sanitaria internazionale. Un punto cruciale per la diffusione dell'insegnamento della salute globale è stato quello della formazione dei formatori. Grazie a ciò è stato possibile coinvolgere altri docenti e avviare corsi di salute globale in nuove sedi universitarie. Complessivamente, al 2014, sono 26 le università italiane in grado di programmare e svolgere corsi di salute globale.

La naturale conseguenza di questo fiorire di iniziative è stata la costituzione della Rete italiana per l'insegnamento della salute globale (Riisg – [www.educationglobalhealth.eu](http://www.educationglobalhealth.eu)), un network nazionale che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche e professionali, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in salute globale, sia a livello universitario che di società civile. Principio fondante della Riisg è quello della coerenza rispetto all'approccio di salute globale sia nel metodo di lavoro, fondato

sulla piena partecipazione di tutti i membri, che nelle attività didattiche, centrate sullo studente, aperte alla multidisciplinarietà, orientate all'integrazione tra formazione teorica e attività pratica sul campo.

#### 4. Conclusioni

L'università non riesce a raccogliere la sfida prodotta dai cambiamenti globali avvenuti negli ultimi decenni e continua a sfornare personale sanitario inadeguato a rispondere ai bisogni della popolazione, rimpinguando le file di un esercito di professionisti sempre più indifesi di fronte alle lusinghe della medicina commerciale. Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza di questi limiti e non sono mancati i tentativi di innovare i piani di studi, che si sono però tradotti in iniziative ancora marginali rispetto al nucleo centrale della formazione medica, ancora fortemente ancorata a una visione bio-medica e riduzionista.

Il lavoro della commissione costituita da «The Lancet» rappresenta un contributo importante alla discussione, data l'autorevolezza dei componenti e della stessa rivista. È per questo che – a conclusione di questo articolo – riportiamo le principali raccomandazioni del documento. «La formazione dei professionisti sanitari ha bisogno di una riforma che produca due fondamentali risultati: l'apprendimento trasformativo e l'interdipendenza nell'educazione. Noi consideriamo l'apprendimento trasformativo come il livello più alto di tre diversi livelli di apprendimento. Quello più semplice è l'apprendimento informativo che fornisce agli studenti le conoscenze e le abilità e produce gli «esperti». Il livello successivo è l'apprendimento formativo che riguarda la trasmissione dei valori e il suo obiettivo è quello di produrre i «professionisti». L'apprendimento trasformativo richiede un passo ulteriore perché ha il compito di aiutare lo sviluppo della leadership e trasformare i professionisti in «agenti del cambiamento». L'apprendimento trasformativo richiede tre fondamentali cambiamenti: dalla memorizzazione dei fatti al ragionamento critico in grado di guidare la ricerca, l'analisi, la valutazione, la sintesi delle informazioni al fine di prendere delle decisioni; dalla ricerca di credenziali professionali al raggiungimento di competenze da usare all'interno di un gruppo di lavoro e nell'ambito di un sistema sanitario; da un modello educativo acritico a un altro creativo che utilizza risorse globali per affrontare le priorità locali. L'interdipendenza è un elemento chiave in un approccio sistemico perché mette in evidenza il modo in cui varie componenti inter-

RPS

Gavino Maciocco

agiscono l'una con l'altra, senza presupporre che queste debbano essere uguali. Come risultato desiderabile l'interdipendenza nell'educazione produce tre cambiamenti: da un'educazione isolata a una armonizzata all'interno del sistema sanitario; da istituzioni autosufficienti a reti mondiali, alleanze, consorzi; da assetti istituzionali auto-generati e auto-controllati a flussi globali di contenuti educativi, risorse pedagogiche e innovazioni».

### Riferimenti bibliografici

- Allen M., Allen J., Hogarth S. con Marmot M., 2013, *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals*, Ucl Institute of Health Equity.
- Bma, 2011, *Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*, ottobre.
- Bryant J., 1969, *Health and the developing world*, Cornell University Press, Ithaca.
- Cochrane A.L., 1978, *L'inflazione medica*, Feltrinelli, Milano.
- Engel G.L., 1977, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, «Science», vol. 196, n. 4286, pp. 179-196.
- Frenk J. e al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, «The Lancet», vol. 376, n. 9756, pp. 1923-58.
- Gaglio M., 1976, *Medicina e profitto*, Nuove Edizioni Operaie, Roma.
- Illich I., 1976, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- Maccacaro G.A., 1972, *Lettera al Presidente dell'Ordine*, in Polack J.C., *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano.
- Maccacaro G.A., 1979, *Per una medicina da rinnovare*, *Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano (ristampa di Maccacaro G.A., 1971, *Una facoltà di medicina capovolta*, intervista pubblicata su «Tempo Medico», novembre).
- McKeown T., 1978, *La medicina: mito, miraggio o nemesi?*, Sellerio, Palermo.
- Polack J.C., 1972, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano.
- Royal college of physicians, 2010, *How doctors can close the gap*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/rcp-report-how-doctors-can-close-the-gap.pdf>.
- Rosenheim M., 1968, *Health in the world of Tomorrow*, «The Lancet», n. 292, pp. 821-22.
- World health organization - Commission on social determinants of health, 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, disponibile all'indirizzo internet: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).

## La sanità digitale: per una nuova governance dei processi di innovazione

**Anna Maria Guerrini**

*Le politiche sanitarie si trovano a dover governare una maggiore domanda di cura di alta qualità, l'allungamento dell'aspettativa di vita, la diffusione di malattie croniche e la presenza di pazienti che necessitano di assistenza continua per parti significative della loro esistenza. Tutto ciò deve essere gestito cercando di mantenere il più possibile invariata la spesa pubblica. Inderogabile diventa la necessità di recuperare efficienza nel Ssn e di rivedere l'impianto organizzativo con il supporto della tecnologia, prevedendo nuovi modelli di coinvolgimento del privato nell'innovazione dei servizi e nel cofinanziamento degli stessi. Questo nuovo rapporto di partenariato è fortemente promosso sia dalla Comunità europea nell'ambito delle linee guida all'utilizzo dei fondi 2014-2020, che dal Ministero della Salute, nel Patto per la sanità digitale.*

*Bisogna pertanto sviluppare un ecosistema dell'innovazione sanitaria, dove ogni parte industriale e istituzionale possa esprimere un impegno reale di condivisione di obiettivi strategici economici, di scelte industriali, di messa a valore dei propri asset materiali ed immateriali, attuando un approccio sistemico nella reingegnerizzazione dei processi, nella messa a comune di contenuti, nella condivisione di servizi digitali e nell'utilizzo di infrastrutture di interoperabilità tecnica e semantica. Lo sviluppo di questo ecosistema deve trovare attuazione in «laboratori per l'innovazione in Sanità» come luoghi di incontro pubblico privato. In questo processo collettivo dell'innovazione devono essere condivisi non solo i rischi e i costi finora a carico della collettività e degli operatori, ma anche i ritorni da reinvestire nell'innovazione.*

### 1. Introduzione

I temi e gli obiettivi della continuità assistenziale, della medicina d'iniziativa, degli ospedali per intensità di cura, ecc., alla base dell'ineludibile riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), richiedono un approccio sistemico nella reingegnerizzazione dei processi, nella messa in comune di contenuti, nella condivisione di servizi digitali e nell'utilizzo di infrastrutture di interoperabilità tecnica e semantica.

I fondamentali di revisione di questi nuovi modelli erogativi sono:

- 1) la capacità di esprimere una domanda innovativa di reingegnerizzazione di processi e di servizi informatici;
- 2) la capacità di sviluppare un'adeguata risposta della filiera responsabile dell'offerta (R&S, fattibilità dei nuovi processi/prodotti, pre-industrializzazione, sviluppo su scala industriale).

Nessuno dei due soggetti – Pubblica amministrazione (Pa) e industria – può sostituire l'altro nei propri compiti: non può essere delegata all'industria l'innovazione della domanda, non può essere delegata all'amministrazione l'innovazione dell'offerta e la scelta delle tecnologie. La difficile situazione contingente rafforza notevolmente la convergenza degli obiettivi del settore pubblico e privato e ne modifica i rapporti che si trasformano da committenza-fornitore a partnership. Questo nuovo rapporto di partenariato pubblico-privato richiede nuove forme di governance per la condivisione degli obiettivi e la concorrenza delle azioni istituzionali e industriali, nuovi strumenti giuridici e normativi, e una revisione dei modelli remunerativi.

Fino ad ora l'informatizzazione della Pa è stata realizzata in un contesto di forte parcellizzazione dei centri di costo (Regioni, Aziende sanitarie locali e ospedaliere, ecc.) senza adeguate regole di standardizzazione, obbligo di riuso o definizione di linee guida nei modelli riorganizzativi, creando non solo diseconomie di scala, ma anche difficoltà a riportarle a una visione sistemica.

L'assenza di ecosistemi digitali all'interno dei quali possano proficuamente trovare soluzione esigenze settoriali mirate all'automazione di singole funzioni, senza perdere il contesto generale nell'ambito del quale queste si collocano, ha portato nelle politiche per la sanità, alla frammentazione delle soluzioni tecnologiche, alla duplicazione non coerente di dati, funzioni e informazioni, alla incomunicabilità fra le diverse soluzioni con conseguente notevole impegno di risorse e scarsità di risultati di sistema. La mancanza di norme cogenti, inoltre, per garantire condizioni di omogeneità nelle acquisizioni di beni e servizi informatici (basti pensare alle *n* modalità di identificazione del cittadino a livello centrale, locale, ecc.) ha reso vane anche iniziative di governance e tavoli tecnici di raccordo tra istituzioni centrali e locali.

Ora le condizioni sono cambiate: c'è l'inderogabile necessità di recuperare efficienza nel Servizio sanitario nazionale e di rivedere l'impianto organizzativo anche con il supporto della tecnologia, prevedendo altresì nuovi modelli di finanziamento che coinvolgano il privato nell'innovazione dei servizi e nel cofinanziamento degli stessi.

Anche la Comunità europea ha dato indicazioni in proposito attraverso le linee guida all'utilizzo dei fondi 2014-2020. «È essenziale ottimizzare l'impiego delle risorse se si vuole che i paesi garantiscano l'accesso universale e l'equità in campo sanitario, in un contesto di forti restrizioni imposte ai bilanci pubblici»<sup>1</sup>.

RPS

Anna Maria Guerini

## 2. Il «Patto per la sanità elettronica»

La Comunità europea richiede che i programmi di investimento siano mirati a obiettivi di risultato misurabili (ad esempio miglioramento della prevenzione, o *extended chronical model*), quindi non più investimenti su progetti di informatizzazione di funzioni aziendali/verticali o di piattaforme tecnologiche digitali, ma progetti integrati dove le tecnologie digitali diventano lo strumento di supporto al processo riorganizzativo, ridefinendo il ruolo del privato e inserendo programmi formativi per tutti gli stakeholder coinvolti nel cambiamento. Tali indicazioni non possono essere in alcun modo ignorate, in una contingenza economica dove i fondi comunitari rappresentano ormai una indispensabile componente integrativa dei fondi pubblici, nazionali e regionali, volano di finanziamenti privati.

Bisogna costruire pertanto, sulla falsariga di quanto si sta realizzando in altri paesi su spinta dell'Unione europea, un ecosistema dell'innovazione sanitaria, dove ogni parte industriale e istituzionale possa esprimere un impegno reale di condivisione di obiettivi strategici economici, di scelte industriali, di messa a valore dei propri asset materiali e immateriali.

Questo ecosistema crea un ponte tra i sistemi pubblici e i sistemi privati, un luogo dove possano essere definiti e concordati i fondamentali per un corretto rapporto pubblico-privato: nuove forme di governance per la concorrenza delle azioni istituzionali e industriali, nuovi strumenti giuridici e normativi, e una revisione dei modelli remunerativi per ritorno dell'investimento di entrambi e di gestione del rischio comune.

Fino ad ora l'innovazione digitale del Ssn ha visto un apporto sperequato dello Stato dove il costo della R&S, della implementazione e diffusione, della formazione e del *change management* erano totalmente a

<sup>1</sup> Indicazioni comunitarie per investimenti efficaci di fondi strutturali nel settore della salute 2014-2020.

carico delle finanze pubbliche; le istituzioni hanno investito capitali in R&S e innovazione digitale di funzioni aziendali senza avere alcuna garanzia di un ritorno commisurato ai loro investimenti, o incentivi legati ai risultati. A fronte di questo, le soluzioni e i prodotti sviluppati dalle industrie non hanno prodotto risultati di innovazione di processo misurabili in termini di performance. In questo sistema fino ad ora ha guadagnato solo il mondo imprenditoriale e gli azionisti delle aziende quotate.

In realtà l'innovazione nella sanità ha un carattere collettivo: vi partecipano istituzioni, imprese, finanza, operatori sanitari e anche i cittadini. Devono essere condivisi non solo i rischi e i costi finora a carico della collettività e degli operatori, ma anche i ritorni da reinvestire nell'innovazione.

È necessario, quindi, per costruire un buon rapporto pubblico-privato che, nel processo collettivo dell'innovazione, si comprenda la divisione dell'impegno e del rischio di ogni attore e il ritorno di investimento di ognuno.

Lo Stato che garantisce le condizioni di base attraverso lo sviluppo di infrastrutture fisiche e umane deve vedere riconosciuta una *royalty* dei proventi derivanti dall'innovazione organizzativa e tecnologica dei processi in sanità, magari anche attraverso la creazione di un fondo rotativo che consenta di continuare a finanziare innovazioni future.

Affinché questo possa attuarsi è fondamentale che lo Stato attui una governance del processo di innovazione, creando i presupposti per la condivisione delle competenze e la disponibilità degli attori dell'ecosistema a investire in processi ad alto rischio e a risultato incerto. Questi presupposti sono:

- una legislazione sull'innovazione inequivoca nella promozione della digitalizzazione dei progetti paese (si semplifichi il quadro normativo sugli strumenti tecnologici, rimandando alcuni temi ad atti di normazione secondaria capaci di rispondere in modo più veloce al mutare delle tecnologie disponibili); favorevole al *venture capital*, garante della proprietà industriale, della privacy e della sicurezza delle nostre infrastrutture critiche; a salvaguardia dei mercati, degli asset e degli investimenti in innovazione delle nostre industrie;
- un quadro regolamentare di riferimento in termini di standard tecnologici, semantici, organizzativi, indicatori di performance e di risultato;
- iniziative comuni pubblico-private per l'acquisizione del consenso sulle modalità di attuazione dei progetti;

- una politica industriale per lo sviluppo del settore, finalizzata maggiormente a incentivare la fase di verifica della fattibilità industriale e dello sviluppo industriale (fasi più a rischio del processo di innovazione);
- un orientamento comune Stato-Regioni delle differenti modalità di finanziamento (fondi comunitari, fondi R&S, fondi nazionali e regionali, ecc.) su processi e obiettivi sinergici, attraverso il combinato di varie modalità di acquisizione (programmi operativi di R&S, *Procurement* pre-commerciale (Pcp), iniziative di partenariato pubblico-privato (Ppp), modelli di *project financing* e/o di *performance based contracting* con condivisione di rischio su processi e obiettivi).

Per l'attuazione di quanto sopra, il Governo italiano ha promosso il Patto per la sanità digitale<sup>2</sup>.

Il Patto nasce con l'obiettivo di disegnare un master plan quinquennale (2015-2019) per la sanità elettronica, identificando i possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari.

In sostanza, gli attori dell'ecosistema dell'innovazione in sanità lavorano insieme alla costruzione di questo piano, verificando per ciascun ambito prioritario di intervento la fattibilità di operazioni di *venture capital*, *project financing* o *performance based contracting* e/o l'accessibilità a fondi comunitari o altre risorse pubbliche. Lato domanda, le Regioni e le Aziende sanitarie coinvolte e aderenti al Patto si impegnano a privilegiare iniziative di sistema, avviando – laddove possibile – un circuito di riuso delle soluzioni sviluppate in quest'ambito.

Lo sviluppo di questo ecosistema trova attuazione nei «laboratori per l'innovazione in Sanità» come luoghi di incontro pubblico-privato (università, istituzioni, cittadini, operatori grandi e piccole imprese, *venture capitalist* e start up) in una logica di realizzazione di «validazioni sperimentali» (*proof of concept*) di processi di innovazione radicale e incrementale più rischiosa e remunerativa.

Uno di questi laboratori per l'innovazione sta nascendo nell'ambito di un distretto per l'innovazione nel biomedicale a opera di aziende che in Italia coprono l'80% dell'offerta di *Information technology* in sanità.

<sup>2</sup> Il Patto per la Sanità Digitale è inserito in un articolo del Patto per la Salute 2014-2016 e prevede investimenti per potenziali 3-4 miliardi in tre anni, tra fondi strutturali Ue, *project financing* con i privati, risorse statali e regionali e *partnership* pubblico-privato.

L'obiettivo è far cooperare nell'ambito di un laboratorio fattori materiali (infrastrutture, piattaforme e servizi) e immateriali (14 ricercatori universitari che interfacciano le aziende) per promuovere la creazione e la concreta dimostrazione di un'offerta di prodotti e servizi multi-fornitore pienamente operanti e interoperanti all'interno dell'ecosistema, con modalità idonee a produrre innovazione nei processi di trattamento e cura delle persone.

Questo laboratorio funge anche da incubatore per start up e piccole medie imprese che nella cooperazione con la grande industria vedono incrementare l'opportunità di partnership industriali e attrazione di fondi di *venture capital* nazionali e internazionali.

### *3. Il Fascicolo sanitario elettronico: criticità attuali e opportunità per il futuro*

Uno dei primi processi su cui l'ecosistema per l'innovazione si deve focalizzare è il Fascicolo sanitario elettronico (Fse).

Le politiche sanitarie si trovano oggi a dover governare una maggiore domanda di cura di alta qualità, una sempre minore tolleranza all'errore clinico, l'allungamento dell'aspettativa di vita, la diffusione di malattie croniche e la presenza di pazienti che necessitano di assistenza continua per parti significative della loro esistenza. Tutto questo deve essere gestito cercando di mantenere il più possibile invariata la spesa pubblica e tenendo in considerazione i nuovi scenari di relazioni in cui giocano un ruolo sempre più importante provider terzi di servizi tecnologici, socio-sanitari e associazioni di utenti.

La definizione, la realizzazione e la messa in opera del Fascicolo sanitario elettronico sono stati identificati dai governi e dalla comunità scientifica e tecnologica come una delle risposte principale a queste nuove esigenze, quale strumento per dare al sistema sanitario, ai decision maker, agli operatori sanitari una risposta concreta in termini di efficienza ed efficacia.

Dall'analisi delle caratteristiche dei nuovi modelli socio-assistenziali emerge come il «sistema Fse» sia in grado di influenzare le dinamiche di coordinamento per attivare un processo di virtualizzazione delle relazioni, superando i vincoli di spazio e di tempo che limitano la possibilità di interazione tra i diversi professionisti. Il Fse rappresenta, quindi, il fattore abilitante per la definizione di un modello di rete socio-sanitaria virtuale integrata, in grado di riconfigurarsi dinamica-

mente in funzione dei bisogni manifestati dalla comunità e di estendere i suoi confini sino a comprendere lo stesso paziente, il quale da semplice vettore passivo di informazioni diviene soggetto attivo e partecipa alla propria cura. Proprio in virtù di tali caratteristiche il Fse può fornire risposte anche al nuovo approccio di gestione della cronicità, che affida ad un team assistenziale multiprofessionale la gestione proattiva dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base di percorsi assistenziali predefiniti e con il supporto di sistemi informatizzati.

Il Fse già in parte implementato in alcune regioni presenta a tutt'oggi molteplici criticità che lo hanno reso inefficace rispetto agli obiettivi sovraindicati. Un fascicolo che non essendo nato per obiettivi di reingegnerizzazione dei processi, che siano per l'emergenza urgenza o per la cura del cronicità, sconta il fatto di essere pensato come un mero deposito (*repository*) di informazioni, non omogenee dal punto di vista semantico e non riconfigurabili a tutto oggi per il supporto all'innovazione di qualsiasi processo né informativo né clinico.

È necessario reinquadrare il Fse in un contesto funzionale che indichi e chiarisca i processi di input e di output (clinici, amministrativi) e, in termini architetturali tecnologici, il percorso per lo sviluppo, nell'ambito dei nuovi modelli tecnologici del *cloud computing*, di una piattaforma di interoperabilità non chiusa da regole rigide ad attori e soggetti predefiniti, ma aperta allo sviluppo di servizi anche da parte di soggetti privati, creando valore per il mercato e per l'utente.

Quella prospettata, tuttavia, si rivela una vera e propria sfida normativa/regolamentare/organizzativa in quanto le peculiarità delle organizzazioni sanitarie attuali sembrano porre numerosi ostacoli alla soddisfazione dell'elevato fabbisogno di integrazione emergente, legati al fatto che il medico è nella situazione corrente completamente autonomo sulle sue decisioni nel nome di una sua diretta responsabilità etica e legale nei confronti del paziente. La difficoltà inoltre di mettere in atto una soluzione di coordinamento basata sulla standardizzazione di processi e contenuti informativi, capace di assorbire la variabilità e l'incertezza connessa al processo assistenziale, si riflette sulla mancata attuazione del Fascicolo sanitario elettronico.

In particolare, estremamente complesso si rivela, ad esempio, il processo di armonizzazione delle funzionalità e delle strutture dei dati alla base dell'interoperabilità dei sistemi tra le varie istituzioni coinvolte. Le applicazioni informatiche sono state finora tagliate con un approccio tipico delle imprese sulle varie componenti organizzative del sistema sanitario (sistemi informativi aziendali, ospedalieri, dei medici di

RPS

Anna Maria Guerini

medicina generale, ecc.) piuttosto che sul processo e successivamente si è proceduto al tentativo di ricomporle in soluzioni di sistema funzionali ai processi, e tale approccio crea grandi difficoltà di interoperabilità anche da punto di vista semantico e sintattico pur nella condivisione di alcune infrastrutture.

#### 4. *Quale possibile evoluzione per le società «in house»?*

In questo complesso quadro realizzativo della sanità digitale si inserisce anche la necessità/opportunità di far evolvere i modelli organizzativi delle società «in house» regionali, responsabili oggi della domanda e del governo dell'offerta sulla sanità digitale. Il tema delle società di informatica «in house» regionali, tornato di stretta attualità in quanto ricompreso nella revisione complessiva del governo delle società partecipate di regioni ed enti locali, si presenta estremamente complesso anche per i risvolti occupazionali: oltre 5.000 dipendenti e un indotto che dà lavoro ad altre 2.500-3.000 persone circa.

Il contesto odierno della domanda e dell'offerta è estremamente diverso da quello in cui le «in house» sono nate, per garantire un sistema d'offerta capace di rispondere ai bisogni di una domanda (a livello regionale) non presente sul mercato.

In presenza oggi di una vasta offerta di mercato, il ruolo delle «in house» è molto ridimensionato e quasi tutte hanno forti deficit di bilancio, che rappresentano o potranno rappresentare a breve un'ulteriore causa di indebitamento per le regioni.

Al fine pertanto di renderle attrattive e porle sul mercato, obiettivo politico prioritario, è necessario rivederne immediatamente l'organizzazione attraverso lo snellimento e il *reskilling* delle professionalità a favore di ruoli maggiori di governo, favorendo la ridefinizione dei rapporti tra proprietà/management/mercato e la promozione di un corretto bilanciamento e allineamento tra risorse e competenze interne ed esterne, per garantire l'innovazione dei nuovi modelli tecnologici e organizzativi.

L'accorpamento delle stesse su logiche di complementarità creerebbe non solo economie di scala ma una dimensione più congrua alle necessità del mercato, impegnato a creare industrie capaci di competere in ambito nazionale e internazionale.

## Le implicazioni della legge 180 per il campo generale della sanità pubblica

**Franco Rotelli**

*L'approvazione da parte della Regione Friuli Venezia Giulia di una legge di globale riordino del Servizio sanitario regionale, che si ispira ai concetti cardine della legge 180/1978, costituisce l'occasione per pubblicare un testo del 2008, in cui*

*si esplicitano le dieci «parole-chiave» che accompagnano il senso concreto della legge 180: continuità delle cure, unità degli interventi tra ospedale e territorio, orientamento alla comunità, integrazione delle politiche, enfasi sulle cure di lunga durata.*

RPS

Siamo tra coloro che pensano che i contenuti e lo spirito della legge 180/1978 (che non va certo cambiata), a trent'anni della sua promulgazione, invocano l'estensione all'intero campo della sanità pubblica di ciò che essa ha significato e significa.

Ci sono almeno dieci «parole-chiave» che accompagnano il senso concreto della l. 180/1978 e che dovrebbero orientare l'insieme delle politiche della salute:

1. *Superamento delle istituzioni totali*: dai manicomi – paradosso estremo in cui la distanza tra l'ideologia (l'ospedale è un istituto di cura) e la realtà (l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza) è più evidente – agli istituti per minori, per handicappati, alle case di riposo e tutte le forme concentrazionarie in cui si «aggrega per separare».
2. *Deospedalizzazione e privilegio alle cure nella comunità*: riposizionamento della questione della cura all'interno del contratto sociale e quindi nei luoghi dove le persone vivono per ricondurre alla giusta complessità salute e malattia: «il sistema medico attuale non può più sopravvivere senza un'alleanza organizzata con la comunità» (Bengoa, Oms, 2001).
3. *Attenzione alle cure di lunga durata*: l'Unione europea raccomanda da tempo di riequilibrare risorse tra acuzie e assistenza sanitaria di lunga durata a fronte dei cambiamenti dovuti al progresso della medicina e all'ampliarsi dell'aspettativa di vita. Una carente gestione delle malattie «croniche» conduce a una dispersione delle risorse ad alta

intensità sanitaria e «il risultato finale è un paziente insoddisfatto ed erogatori sovraccaricati e frustrati» (Bengoa, Oms, 2000).

4. *Globalità delle cure (integrazione socio-sanitaria)*: dalla dichiarazione del limite della psichiatria nel trovare soluzioni a problemi che coinvolgono l'insieme delle capacità delle persone (casa, lavoro, socialità), all'attuale diffuso accreditamento di pratiche congiunte intersettoriali. Questionamento del livello di responsabilità/responsabilizzazione degli enti, pubblici e no, che nei vari campi intervengono (Rapporto Oms - *Commission on social determinants of health*, 2008, sui «Determinanti sociali di salute»).
5. *Politiche di inserimento e per i diritti sociali*: se con la l. 180/1978 si è conquistato l'accesso ai diritti politici e civili delle persone allora ricoverate nei manicomi, si rilancia la questione della salvaguardia dei diritti sociali, dell'imprescindibilità del ruolo dello Stato come promotore e tutore di politiche di inserimento, quale fattore vitale per la salute pubblica e il ben-essere dei singoli (quel che vale per la salute mentale vale anche per anziani, minori, disabili, portatori di patologie croniche degenerative, ecc.).
6. *Inclusione contro esclusione*: sostituire un governo di dominio dei soggetti (istituzioni totali e misure assistenzialistiche) con l'attivazione di questi stessi soggetti. Una delle definizioni possibili dei tecnici è quella di «tecnico dell'inclusione», identificando nella strada della negoziazione estesa (ricerca del consenso) un'arma valida contro i meccanismi di esclusione sociale, quale contrasto quotidiano a quanto di escludente i macro-sistemi (economici, politici) ripropongono a livello globale (anche qui ciò vale per minori, anziani, disabili, immigrati, dipendenti da sostanze, ecc.).
7. *Contrattualità contro tutela*: il riconoscimento delle persone e il «dar credito» alle potenzialità degli individui, anche i più deboli, riconoscendo identità, capacità (anche residuali) e diritti e contrastando le forme di alienazione/infantilizzazione che riducono risorse e possibilità delle persone e dei contesti sociali (comunità/capitali sociali). Produzione di opportunità affinché il soggetto, in un processo di emancipazione e non più di riparazione del danno, possa accedere ai diritti in una concatenazione di possibilità-probabilità (anche qui tutto il campo della riabilitazione fisica deve essere rivisitato da culture, protocolli, strumenti non riducibili a «fisioterapie»).
8. *Rispetto per le diversità*: il riconoscimento e il rispetto delle diversità come fonte di democrazia, di risorse per politiche e pratiche di coesione sociale e come ricerca di presa in carico appropriata (budget

di cura individuali, lavorare in sanità per processi ed esiti e non solo per strutture, personalizzando i bisogni).

9. *Deistituzionalizzazione delle pratiche*: continua verifica della bontà delle pratiche ai fini di coerenti strategie di salute pubblica, identificazione dei meccanismi autoreferenziali che inducono incoerenza di risposte tecniche, sperpero di risorse, automatismi escludenti, ecc. (anche qui, appropriatezza, critica ai sistemi meramente prestazionali, ai tariffari per minutaggi, alla scomposizione delle risposte specialistiche, alla scissione ospedale/territorio nella continuità assistenziale, ecc.).
10. *Libertà terapeutica*: libertà di scelta delle cure, libertà di rifiutare l'accanimento terapeutico, libertà di morire a casa propria, libertà dal bisogno economico, e così via.

Ognuna di queste parole-chiave, quindi, interroga l'intero mondo della sanità e delle politiche sociali. Interroga le pratiche e le politiche sanitarie «di territorio» e lo sviluppo, o meno, di un welfare di comunità. Interroga gli specialisti, per ogni patologia di lunga durata, le politiche per gli anziani, le politiche per i disabili, per i gruppi sociali più deboli, per ogni «devianza».

La l. 180/1978 porta la follia oltre i giardini rinchiusi dei manicomi.

C'è una psichiatria ancora legata ad antichi schemi e nuovi servizi che assumono la complessità dei problemi della malattia mentale. Ma, quali e quanti settori della medicina potrebbero/dovrebbero uscire dagli ospedali per una vera medicina di comunità?

Quali strutture intermedie potrebbero contrastare l'univocità colpevole dell'istituzionalizzazione totale degli anziani nelle case di riposo?

Marginalità ed esclusione degradano ancora la malattia mentale ma anche molte altre condizioni sociali. Le «malattie di lunga durata» ricevono ancora troppa scarsa attenzione, inadeguate risorse e dequalificate risposte.

Oltre il giardino ci sono politiche di cooperazione internazionale sensate e insensate, politiche per l'inserimento lavorativo sociale sensate o assenti, politiche di ricostruzione dei diritti sociali o loro lesioni.

Fa grande differenza, secondo noi, se una «cura» viene erogata in ospedale o a domicilio o in prossimità maggiore «nella comunità». *Qui* è possibile che il sistema sanitario contribuisca alla costituzione di reti sociali informali e formali, *là* No. *Qui* è possibile vedere problemi di vita delle persone che l'ospedale «non vede», né può vedere, e che hanno notevole incidenza sulla salute delle persone (prognosi).

*Qui* è possibile gradualmente mobilitare risorse informali di cure e contributi di risorse esistenti nei territori: farmacie, volontariato, personale esperto, pensionati, associazioni di varia natura, le famiglie e le risorse stesse dei soggetti in causa. *Là* ben poco.

*Qui* è possibile rilevare e far conoscere le differenze, a volte estreme, su prognosi e aspettativa di vita; differenze legate a specifici squilibri economici e sociali da un quartiere a un altro limitrofo.

*Qui* è possibile sostenere progetti positivi di vita più sana e rimuovere ostacoli a ciò, *là* No.

*Qui* contrattualità e diritti dei cittadini (a casa propria) possono più credibilmente essere garantiti, non sempre lo sono in ospedale.

*Qui* è molto più agevole eludere malattie iatrogene e i danni collaterali a volte gravi dell'ospedalizzazione, in particolare per i grandi anziani.

*Qui* salute e malattia, incrociandosi nell'habitat naturale, tornano a essere eventi compresenti nella vita delle persone. L'ospedale è solo malattia: una parentesi che diventa assoluta nella vita delle persone sia che si tratti di cosa di breve o di lunga durata.

*Qui*, in prospettiva (non da subito), i costi, o almeno il rapporto costi-benefici, possono essere più razionali e le risorse più certamente ben destinate. Peraltro, la rivoluzione demografica impone ciò che altrimenti potrebbe essere solo una delle opzioni.

Ciò non significa che l'ospedale non possa giocare un ruolo di grande rilevanza a continuità e sostegno dei servizi di comunità: ne vanno indagate possibilità ed esperienze.

Quello che si è potuto capire in psichiatria, a causa delle drammatiche condizioni dei manicomi che estremizzavano tutto ciò, può e deve allargarsi a tutti i settori della sanità e dell'assistenza, ma anche delle politiche per uno sviluppo sostenibile.

Tutto ciò tarda. Come, peraltro, tarda una consapevolezza operativa di cosa comportino vere e buone pratiche di cura anche nel campo specifico della psichiatria.

Nel trentennale della legge 833/1978 e della legge 180/1978 è necessario attualizzare queste tematiche nel campo specifico ma ancor più negli altri campi della medicina, nelle azioni inerenti inserimenti e inclusione, nelle politiche attive per il lavoro, la casa, la socialità, a favore dei gruppi vulnerati e vulnerabili e interrogarsi su quale welfare è possibile e necessario, nell'epoca dell'insicurezza sociale generale.

Certamente le politiche e le pratiche di «territorio» devono essere rilette, accuratamente valutate, rese visibili e perfino misurabili, anche per acquisire definitivamente adeguata credibilità, superare alcune in-

genuità che possono essersi trasformate nel tempo in poteri e servizi autoreferenziali, ideologicamente difesi quanto ragionevolmente difendibili. La loro valutazione rigorosa non deve costituirne un limite allo sviluppo, ma fondarne le ragioni rinnovate di uno sviluppo condiviso.

Questo testo del 2008 trova un riscontro importante oggi, ottobre 2014, data nella quale il Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia ha approvato una legge di globale riordino del Servizio sanitario regionale che si ispira ai concetti qui rappresentati, al fine di portare, dentro un processo di continuità delle cure, all'unità degli interventi tra ospedale e territorio fortemente orientati alla comunità, all'integrazione delle politiche e all'enfasi sulle cure di lunga durata.

**RPS**

Franco Rotelli



## Lo sviluppo dell'assistenza primaria in Italia: proposte ed esperienze per il cambiamento

**Antonio Brambilla e Davide Botturi**

*In diverse Regioni italiane è in corso un processo di sviluppo dell'assistenza primaria.*

*Tale processo si presenta, tuttavia, disomogeneo tra i diversi territori.*

*Il recente quadro europeo e nazionale fornisce importanti indicazioni relative alle modalità future di erogazione dell'assistenza primaria.*

*Si pone l'esigenza di creare delle occasioni di confronto*

*e condivisione a livello nazionale di proposte e di esperienze orientate al rafforzamento dell'assistenza primaria. Nel presente contributo si propongono alcune leve per il cambiamento e si descrive l'esperienza delle Case della Salute della Regione Emilia-Romagna, come pratica orientata al miglioramento dell'assistenza primaria.*

### 1. Introduzione<sup>1</sup>

Nelle varie Regioni italiane è in corso un processo di sviluppo dell'assistenza primaria. Tale processo si presenta, tuttavia, disomogeneo tra i diversi territori, come conseguenza di diversi fattori, tra cui il progressivo accentuarsi delle differenze nelle forme di organizzazione e di funzionamento dei servizi sanitari regionali, a partire dalla modifica del Titolo V della Costituzione. Il recente quadro europeo e nazionale fornisce importanti indicazioni relative alle modalità future di erogazione dell'assistenza primaria. Si pone, pertanto, l'esigenza di creare occasioni di confronto e di condivisione, a livello nazionale, di proposte e di esperienze orientate al cambiamento, al miglioramento, dell'assistenza primaria. Il contributo si colloca in tale cornice e si articola in tre parti. Nella prima, vengono sintetizzati alcuni tra i principali elementi «traccianti» sia del più ampio contesto del Servizio sanitario nazionale (Ssn) sia dell'ambito più delimitato dell'assistenza primaria. Nella seconda parte, vengono proposte e brevemente discusse quattro leve per il cambiamento: 1) un sistema metrico orientato ai bisogni; 2) lo svilup-

<sup>1</sup> Gli autori ringraziano il prof. Francesco Longo, Università Bocconi di Milano, per il fondamentale contributo allo sviluppo dei contenuti del presente articolo.

po delle competenze delle professioni sanitarie; 3) l'appropriatezza dell'assistenza specialistica nella gestione della cronicità; 4) la «ricomposizione» dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale. Nella terza, viene illustrata l'esperienza delle Case della Salute della Regione Emilia-Romagna, avviata formalmente nel 2010, nella sua dimensione complessiva (regionale) e locale attraverso l'analisi di due Case della Salute, l'una a San Secondo (Pr) e l'altra a Forlìmpopoli (Fc).

## 2. Il contesto

### 2.1 Il Servizio sanitario nazionale: tra economia e appropriatezza dell'assistenza

L'analisi dei principali indicatori di spesa (pro capite, rispetto al Pil, tasso di crescita) mette in luce come il Servizio sanitario nazionale (Ssn) sia tradizionalmente «sobrio» rispetto a sistemi sanitari di altri paesi europei, o comunque alla media europea (Longo e Cantù, 2014). Ad esempio, secondo le elaborazioni condotte dal Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) su dati della World health organization (2013), nel 2011 in Italia la spesa sanitaria totale (pubblica e *out-of-pocket*) pro capite è stata pari a 3.130 \$ Ppa (Parità dei poteri di acquisto), valore sufficientemente inferiore rispetto a paesi come Francia (\$ Ppa 4.085) o Germania (\$ Ppa 4.371) e nettamente inferiore rispetto agli Stati Uniti (\$ Ppa 8.608). Sempre nel 2011, la spesa pubblica pro capite italiana è stata pari a 2.418 \$ Ppa, valore inferiore rispetto a quello di altri paesi europei come Francia (\$ Ppa 3.135), Germania (\$ Ppa 3.316) e Regno Unito (\$ Ppa 2.747). La spesa sanitaria pro capite complessiva (pubblica e *out-of-pocket*) ha registrato un tasso di crescita medio annuale, in termini reali, dello 0,3% nell'ultimo triennio (2009-2011) e dell'1,7% nel periodo 2000-2011, tra i più bassi nell'Ue-15 (Longo, Cantù, 2014). A ciò va aggiunto, come negli anni 1991-2011 il divario tra tasso di crescita della spesa sanitaria corrente e tasso di crescita del Pil sia stato piuttosto contenuto, presentando valori di scostamento al massimo di 4-5 punti percentuali<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Elaborazioni a cura del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Relazione generale sulla situazione economica del paese - Rgsep, 2011) e dell'Istituto nazionale di statistica (Istat, 2012).

Inoltre, nel 2012 il disavanzo del Servizio sanitario nazionale pare essersi sostanzialmente azzerato, attestandosi a 1,04 miliardi di euro, pari allo 0,9% della spesa sanitaria pubblica corrente (fig. 1). Si tratta di un risultato significativo, se letto rispetto al passato, nel 1990 il disavanzo era pari al 12,3% della spesa sanitaria pubblica corrente, e rispetto a questi ultimi anni, caratterizzati da una sostanziale stabilità (se non decremento) del finanziamento (fig. 1).

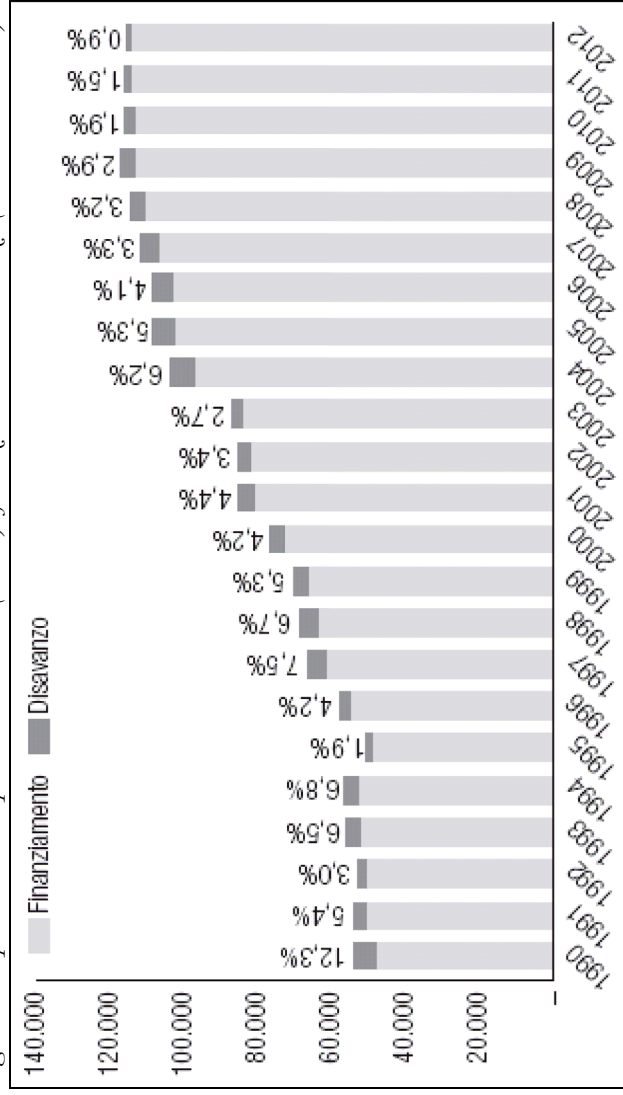
Per descrivere il posizionamento internazionale del Ssn italiano rispetto all'appropriatezza dell'assistenza abbiamo selezionato come misura i ricoveri potenzialmente evitabili, ovvero i ricoveri ospedalieri avvenuti per un insieme definito di problemi di salute potenzialmente trattabili mediante un'appropriata e tempestiva assistenza primaria (prevenzione della condizioni morbose; controllo degli episodi acuti; gestione delle patologie croniche). Questo indicatore è da diversi anni utilizzato a livello internazionale<sup>3</sup> e nazionale<sup>4</sup> come misura indiretta dell'appropriatezza dell'assistenza territoriale.

Nell'anno 2011, l'Italia presentava un tasso standardizzato (genere ed età) di ospedalizzazione  $\times 100.000$  abitanti rispettivamente per asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e complicanze del diabete, inferiore a quasi tutti i paesi europei inclusi nell'area Oecd. Inoltre, i valori di tutti e tre i tassi di ospedalizzazione erano in decremento rispetto all'anno 2006. Ad esempio, nel 2011 in Italia il tasso standardizzato (genere ed età) di ospedalizzazione  $\times 100.000$  abitanti per complicanze del diabete è stato pari a 54,2, mentre in Germania a 217,2 e nel Regno Unito a 71,8, con una media dell'area Oecd-22 pari a 164,4 (fig. 2). Nel 2006 in Italia il tasso standardizzato (genere ed età) di ospedalizzazione  $\times 100.000$  abitanti per complicanze del diabete era pari a 81,6, valore decisamente superiore rispetto a quello registrato nel 2011 (54,2).

<sup>3</sup> Ad esempio, il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile figura nella serie di indicatori sulla qualità dell'assistenza sanitaria pubblicati dall'Oecd nel documento annuale «*Health at a Glance*».

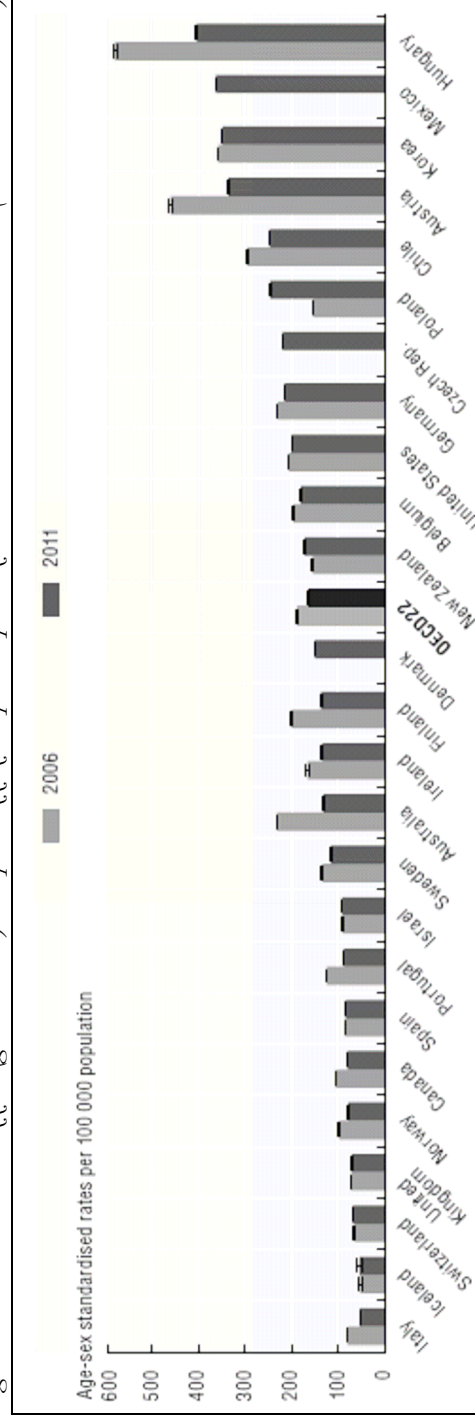
<sup>4</sup> Ad esempio, il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile figura nella griglia di indicatori per la valutazione dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza da parte del Ministero della Salute.

Figura 1 - Spesa sanitaria pubblica in Italia (mln €): finanziamento e disavanzo (anni 1990-2012)



Fonte: Cergas-Bocconi, 2014. Elaborazioni su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012.

Figura 2 - Tasso standardizzato (genere ed età) di ospedalizzazione per complicanze del diabete  $\times$  100.000 abitanti (anni 2006 e 2011)



Fonte: Oecd, 2013.

I dati nazionali, illustrati sinteticamente, sono ovviamente da interpretare alla luce di quella che è la variabilità tra le regioni italiane, come pure all'interno delle regioni (es. tra Aziende sanitarie, Distretti).

Un ulteriore elemento di contesto è rappresentato dal percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera e di rafforzamento della rete territoriale per l'erogazione dell'assistenza primaria. In estrema sintesi, si assiste a una progressiva riduzione dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario e a un incremento del regime *day hospital* e *day service* o *day surgery* e congiuntamente (soprattutto nelle regioni «più mature») alla trasformazione dei piccoli ospedali periferici. Questa trasformazione riguarda, da un lato, la realizzazione di centri per le cure intermedie<sup>5</sup> e primarie (es. Case della salute), e dall'altro, la chiusura di unità operative ospedaliere per concentrare la casistica negli stabilimenti ospedalieri maggiormente allineati ai volumi minimi di attività ritenuti necessari, secondo le evidenze della letteratura scientifica, per garantire una prestazione appropriata e sicura per il paziente (Longo e Cantù, 2014).

## 2.2 L'assistenza primaria: il recente quadro europeo e nazionale

Riportiamo di seguito quelli che riteniamo essere i due principali e più recenti documenti, uno europeo e uno nazionale, che concorrono a delineare l'odierno quadro scientifico e istituzionale di riferimento per l'assistenza primaria.

Il 10 luglio 2014 è stato pubblicato un rapporto dedicato alla «definizione di un modello di riferimento relativo all'assistenza primaria con particolare attenzione ai sistemi di finanziamento e di *referral*» (Exph, 2014). La redazione del documento è stata curata da un gruppo multidisciplinare e indipendente di esperti internazionali, coordinati dal prof. Jan De Maeseneer<sup>6</sup>, su mandato della *Health and Consumers Direc-*

<sup>5</sup> Secondo una recente analisi (preliminare) della letteratura internazionale, condotta in Emilia-Romagna, per cure intermedie si può intendere la erogazione di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, con l'obiettivo primario di favorire il recupero dell'autonomia funzionale e cognitiva del paziente, mantenendolo in un contesto di cura il più possibile prossimo al domicilio. Le popolazioni target delle cure intermedie sono pazienti «complessi», come ad esempio gli anziani con multi-morbilità. Per una introduzione al tema si veda l'editoriale di Rikkert, Parker e van Eijken (2004).

<sup>6</sup> Il prof. Jan De Maeseneer, del Department of Family medicine and Primary health care, Ghent, Università del Belgio, può essere considerato tra i più autorevoli sostenitori della «Community oriented primary care», definibile come: «un

*torate General* (Dg Sanco) della Commissione europea. Il rapporto rappresenta la tappa conclusiva di un percorso che ha visto: la pubblicazione nel mese di febbraio 2014 di un rapporto preliminare; una fase di consultazione pubblica attraverso il web nel periodo marzo-maggio 2014; la pubblicazione del rapporto finale nel luglio 2014, il quale recepisce le 286 osservazioni inviate da 59 organizzazioni<sup>7</sup>.

Nel rapporto l'assistenza primaria viene definita come l'erogazione di servizi, universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, in risposta alla maggior parte dei problemi di salute della comunità. I servizi sono erogati da *team* professionali, in *partnership* con i pazienti e gli *informal caregiver*, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone. Gli esperti pongono una speciale attenzione ad alcuni concetti chiave per lo sviluppo dell'assistenza primaria, e in particolare:

- la comunità, definita come una unità di popolazione che risiede in un territorio geograficamente definito, rispetto a cui ha responsabilità politiche e sociali, e in cui si verificano quotidiane interazioni sociali che coprono tutte (o quasi) le attività della vita umana;
- il ruolo dei pazienti, con particolare attenzione agli obiettivi definiti dal paziente stesso nei termini di quantità e qualità di vita, e al coinvolgimento nelle decisioni riguardanti la cura (*shared decision making*);
- il ruolo degli *informal caregiver* (es. familiari, amici, volontari), da interpretare come complementare, e non più solo supplementare, alla più formale (istituzionale) assistenza;
- una risposta alla maggior parte dei problemi di salute, che comprende l'intera gamma degli interventi, dalla promozione della salute all'assistenza di fine vita, e che riguarda tanto l'ambito sanitario quanto l'ambito sociale;
- il lavoro in team o network di professionisti (tra cui medici di me-

approccio alla erogazione dell'assistenza che si assume la responsabilità per la salute di una determinata popolazione. Esso combina epidemiologia e interventi sociali con la pratica clinica rivolta alla singola persona, in modo tale che l'assistenza primaria diventi essa stessa un programma di medicina di comunità. Diagnosi, trattamento e sorveglianza continua riguardano tanto il singolo paziente quanto la comunità o la popolazione» (Rhyne, Bogue, Kukulka e Fulmer, 1998).

<sup>7</sup> Le 59 organizzazioni sono composte da: 19 public authority, 21 società scientifiche, 15 ong e 4 industrie.

dicina generale, infermieri, e assistenti sociali) che svolgono la propria attività presso *primary care centre* o *community hospital*; ciò facilita i processi di lavoro e la cooperazione interprofessionale;

- il coordinamento dell'assistenza con un ruolo centrale assegnato al medico di medicina generale;
- l'evoluzione della forza lavoro, tra cui il ruolo degli infermieri e di altre professioni sanitarie.

Nello stesso giorno della pubblicazione del rapporto europeo, il 10 luglio 2014, è stato approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il nuovo «Patto per la Salute per gli anni 2014-2016», nel quale viene assegnato ampio spazio all'assistenza territoriale (art. 5) e socio-sanitaria (art. 6). Tra i punti salienti riportiamo:

- l'istituzione, da parte delle Regioni, delle Unità complesse di cure primarie (Uccp) e delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) quali uniche forme organizzative di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, con la specifica finalità di promuovere un modello multidisciplinare e interprofessionale di erogazione delle cure primarie;
- la definizione delle caratteristiche delle Uccp. In particolare nel Patto si afferma che: «La Uccp è [...] strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, [...] garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, socio-sanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, [...] un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica. La Uccp è di norma organizzata in sede unica [...]»;
- la definizione dei requisiti minimi dell'Ospedale di comunità, per ricoveri brevi non complessi a persone assistibili a domicilio ma senza supporto familiare o per assistenza infermieristica notturna non erogabile a domicilio, nel quale l'assistenza medica è assicurata principalmente dai medici di medicina generale;
- la regolamentazione, da parte delle Regioni, degli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, particolarmente per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze;

- l'attivazione, da parte delle Regioni, di un Punto unico di accesso per l'assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale e la definizione di standard minimi qualificanti per i servizi socio-sanitari.

### *3. Le leve per il cambiamento dell'assistenza primaria*

Proponiamo quattro leve principali necessarie per il cambiamento dell'assistenza primaria.

#### *3.1 La metrica: dalle prestazioni ai bisogni*

Proponiamo che nel governo e anche nella gestione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali si passi da una metrica «prestazionale» ad una metrica legata al livello di «copertura dei servizi rispetto ai bisogni di salute della popolazione». Tale cambiamento è doveroso non solo sul piano normativo, da decenni nella legislazione sanitaria si fa riferimento ai bisogni di salute della popolazione, più che alle prestazioni, ma anche sul piano dell'appropriatezza/efficacia ed efficienza dell'assistenza fornita.

La stima dei bisogni di salute dovrebbe riguardare in particolar modo le popolazioni target che ricorrono più frequentemente ai servizi e/o che necessitano di una risposta continuativa nel tempo da parte del sistema pubblico (es. persone sofferenti di una o più patologie croniche, non autosufficienti, disabili).

Sono, già, disponibili a livello nazionale come in alcune regioni degli strumenti di rilevazione del bisogno, non solo di prestazioni sanitarie, ma anche socio-sanitarie e sociali. A titolo esemplificativo citiamo:

- il progetto «Matrice» (Moirano e Bellentani, 2014), coordinato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), per la identificazione delle persone sofferenti di patologie croniche (es. persone diabetiche) e per il monitoraggio del livello di adesione dei trattamenti per le patologie croniche alle linee guida e alle raccomandazioni nazionali e internazionali (es. almeno due volte l'anno controllo dell'emoglobina glicata), attraverso l'integrazione di diversi flussi amministrativi (es. assistenza ospedaliera, farmaceutica, specialistica ambulatoriale);
- i modelli predittivi del rischio di fragilità sanitaria e sociale sviluppati da alcune Aziende sanitarie in Emilia-Romagna, come anche il modello di predizione del rischio di ospedalizzazione o decesso ela-

**RPS**

Antonio Brambilla e Davide Botturi

borato nella medesima Regione con la collaborazione della Thomas Jefferson University di Philadelphia - Usa (Louis e al., 2014), basato anch'esso sui flussi amministrativi esistenti.

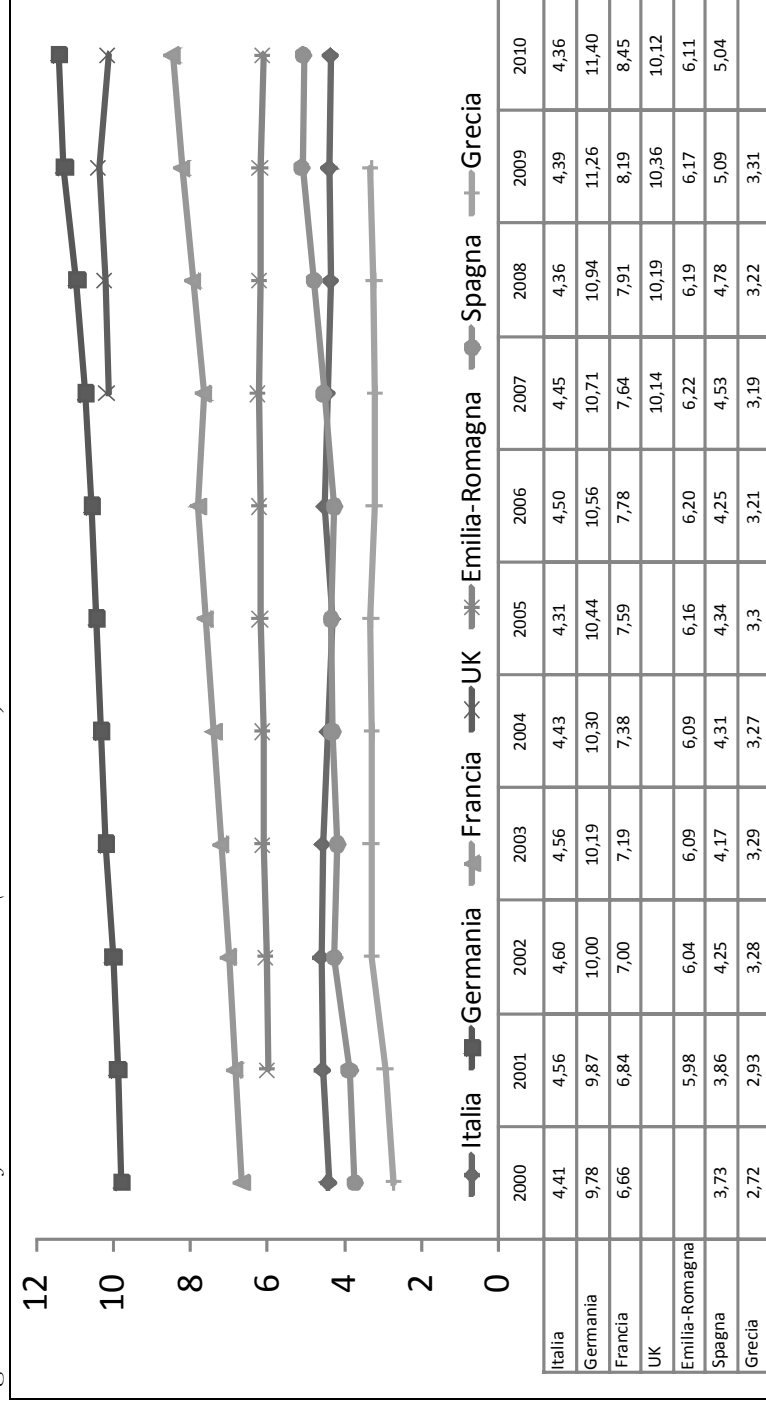
Passare da una metrica prestazionale ad una orientata al bisogno potrebbe rappresentare una modalità efficace nel supportare lo sviluppo di programmi trasversali, con un approccio maggiormente pro-attivo, che integrino le attività di tutti gli operatori coinvolti nei processi di assistenza, secondo le modalità del *case management*.

### 3.2 Lo sviluppo delle competenze delle professioni sanitarie

Per supportare lo sviluppo dell'assistenza primaria secondo i principi del *chronic care model* e del *disease management* proponiamo un cambiamento dello *skill-mix*, ovvero nella composizione professionale del personale che presta assistenza ai pazienti (McKee e al., 2006), con particolare riferimento all'arricchimento di competenze delle professioni sanitarie, in primis, dell'infermiere (ma non solo). Tale proposta non può prescindere, innanzitutto, dal considerare e affrontare la differenza in termini di dotazione di professionisti tra l'Italia e altri paesi, come la Francia e il Regno Unito, che secondo l'analisi condotta da Faletti e al. (2014) hanno fortemente investito sul ruolo e sulle competenze degli infermieri. In particolare, in Italia, nel periodo 2000-2010 si registra un tasso di infermieri  $\times$  1.000 abitanti «cronicamente» inferiore rispetto a quello di altri paesi europei come Francia, Germania e Regno Unito (fig. 3), a fronte di un tasso di medici di medicina generale sufficientemente allineato<sup>8</sup>. La Regione Emilia-Romagna, che da diversi anni dedica una particolare attenzione allo sviluppo delle professioni sanitarie (Regione Emilia-Romagna, d.g.r. 427/2009), presenta un tasso di infermieri  $\times$  1.000 abitanti riferito agli anni 2000-2010 costantemente al di sopra del tasso nazionale, per quanto, come il tasso nazionale, si attesti su valori inferiori rispetto a Francia, Germania e Regno Unito (fig. 3). Il tasso dei medici di medicina generale  $\times$  1.000 abitanti si presenta, invece, sufficientemente allineato rispetto agli altri paesi europei, come è stato rilevato anche per il tasso nazionale (si veda nota 7).

<sup>8</sup> In Italia, nel 2010 il tasso di medici di medicina generale  $\times$  1.000 abitanti è pari a 0,77, in Emilia-Romagna a 0,73, in Francia a 1,64, in Germania a 0,65, nel Regno Unito a 0,79 e in Spagna a 0,75. La fonte dei dati è rappresentata: per l'Italia dall'Annuario statistico del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)); per la Regione Emilia-Romagna dalla Banca dati regionale ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)); per gli altri paesi dall'*European health for all database* ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).

Figura 3 - Tasso di infermieri \*1.000 abitanti (anni 2000-2010)



Fonte: per l'Italia - Annuario statistico del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)); per la Regione Emilia-Romagna - Banca dati regionale ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)); per gli altri paesi europei - *European Health for All Database* ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).

### 3.3 L'appropriatezza dell'assistenza specialistica nella gestione della cronicità

Il tema dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche è da diversi anni oggetto di numerose discussioni, e interpretazioni, circa le criticità e le proposte di soluzione, relative, ad esempio, al contenimento dei tempi di attesa, al sistema dei ticket e delle esenzioni, alla regolamentazione dell'attività intramoenia, alla medicina difensiva, al consumismo sanitario, e ad altri aspetti.

Noi intendiamo circoscrivere l'argomento a quello dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche rivolte alle persone affette da problemi cronici di salute, in prevalenza anziani. Una quota non trascurabile di prestazioni specialistiche viene, infatti, erogata per il monitoraggio e il controllo della evoluzione della patologia cronica, nel rispetto delle raccomandazioni fornite dalle linee guida internazionali e nazionali per l'appropriata gestione della patologia.

È necessario, pertanto, che nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta)<sup>9</sup> per la gestione dei problemi cronici di salute a più elevata prevalenza nella popolazione (es. diabete, post-scompenso cardiaco, post-infarto miocardico acuto, broncopneumopatia cronica ostruttiva) vengano programmati, in maniera condivisa, tra medici di medicina generale e specialisti i luoghi (es. ospedale, Casa della Salute), le modalità e i tempi di erogazione delle prestazioni specialistiche.

### 3.4 La «ricomposizione» dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale

In Italia, i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali sono caratterizzati da: frammentazione delle fonti di finanziamento e dei soggetti erogatori di prestazioni; non sufficiente chiarezza rispetto agli interventi socio-sanitari erogabili e mancanza di un quadro normativo che definisca gli interventi socio-assistenziali; ridotta conoscenza dei bisogni dei destinatari degli interventi e anche di tutte le tipologie di interventi socio-sanitari e socio-assistenziali erogate a favore del singolo destinatario (ogni attore conosce le prestazioni da questo erogate).

A fronte delle criticità sinteticamente illustrate, proponiamo:

1. una migliore collaborazione e integrazione tra i professionisti che operano nell'assistenza sociale e i professionisti che operano nell'assistenza sanitaria;

<sup>9</sup> Per approfondimenti sul tema «Pdta e gestione delle patologie croniche» si rimanda, tra le diverse fonti bibliografiche, ad una recente analisi condotta su un campione di Aziende sanitarie italiane (Tozzi, Longo, Pacileo e al., 2014).

2. una «ricomposizione conoscitiva» dell'insieme di soggetti erogatori e di risorse che convergono su un singolo utente (Fosti e Notarnicola, 2014);
3. una definizione sufficientemente condivisa:
  - dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (su cui da anni si discute);
  - dei criteri per la stima dei bisogni delle principali popolazioni target degli interventi (es. anziani non autosufficienti), coerentemente con la proposta formulata in precedenza relativa al sistema metrico.

#### *4. Lo sviluppo dell'assistenza primaria: l'esperienza delle Case della Salute in Emilia-Romagna*

##### *4.1 Il livello regionale*

Nel 2010, quando sono state approvate dalla Giunta regionale dell'Emilia-Romagna le indicazioni per lo sviluppo delle Case della Salute (Regione Emilia-Romagna, d.g.r. 291/2010), l'idea di fondo consisteva nel realizzare in modo omogeneo su tutto il territorio strutture sanitarie e sociosanitarie, che fossero un punto di riferimento «certo» per i cittadini residenti e alle quali ci si potesse rivolgere in qualsiasi momento della giornata e della settimana per trovare una risposta ai propri problemi di salute che non necessitavano di assistenza in ospedale, risposta organizzata da *équipe* multiprofessionali.

In particolare, gli obiettivi delle Case della Salute consistono nel: garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7; assicurare un punto unico di accesso ai cittadini, attraverso il punto di accoglienza e la prima valutazione del bisogno, effettuando in questo modo la presa in carico e/o l'orientamento ai servizi; promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini; e realizzare concretamente l'attività interdisciplinare.

Le finalità (consistono) nel: organizzare e coordinare le risposte per il cittadino; rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette, alla presa in carico integrata di alcune patologie croniche, alla condivisione di linee guida e di protocolli assistenziali per le patologie che richiedono accertamenti di elevata complessità; migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale; sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo cittadino, alla comunità e a target specifici di popolazione; e offrire formazione permanente agli operatori.

RPS

Antonio Brambilla e Davide Botturi

La Casa della Salute rappresenta un presidio del Distretto ed è sede di accesso e di erogazione di servizi rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di cure primarie (Ncp)<sup>10</sup>. Negli indirizzi regionali vengono individuate tre tipologie di Casa della Salute: piccola, media e grande. La tipologia «piccola» prevede l'erogazione dell'assistenza primaria, mentre quella «grande» di un ampio insieme di servizi: sanitari, socio-sanitari e sociali.

Secondo i risultati dell'ultimo monitoraggio regionale, pubblicato nel mese di maggio 2014 (Curcetti e al., 2014), le Case della Salute funzionanti nelle Aziende Unità sanitarie locali (Usl) dell'Emilia-Romagna sono 57<sup>11</sup>, di cui il 48% piccole, il 32% medie e il 24% grandi. Si rileva una discreta variabilità nella distribuzione delle Case della Salute tra le Aziende Usl (indipendentemente dalla tipologia), con un numero minimo di 1 Casa della Salute presente nell'Azienda Usl di Piacenza ed un numero massimo di 14 Case della Salute presenti nell'Azienda Usl di Parma. Nell'84% delle Case della Salute (48 su 57) la popolazione di riferimento è inferiore ai 30.000 abitanti.

Nella figura 4 vengono illustrati i contenuti assistenziali (funzioni) garantiti all'interno delle Case della Salute. Dalla osservazione della figura emerge come, rispetto alle 57 Case della Salute funzionanti:

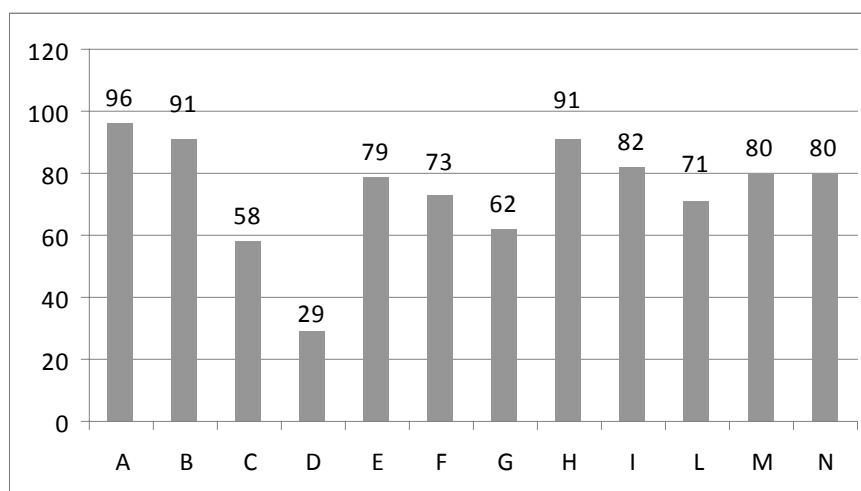
- nel 91% viene garantita la continuità delle cure. In particolare, l'assistenza alle piccole urgenze ambulatoriali viene garantita in prevalenza dal team integrato medico di medicina generale/infermiere; in più della metà delle Case della Salute è, inoltre, attiva una sede di continuità assistenziale (ex guardia medica notturna e festiva);
- nel 79% sono presenti percorsi di gestione delle patologie croniche, prevalentemente per persone sofferenti di diabete e per le persone sofferenti di scompenso cardiaco cronico; sono attivi ambulatori infermieristici dedicati allo svolgimento di attività programmate (ad esempio, follow-up persone sofferenti di diabete) e alla realizzazione di interventi di supporto all'autocura/educazione terapeutica;
- in più del 60% sono presenti attività/progetti integrati tra cure primarie e altri servizi sanitari e sociali, con una maggiore prevalenza della salute mentale-dipendenze patologiche (ad esempio, Program-

<sup>10</sup> Il concetto di Nucleo di cure primarie, in Emilia-Romagna, è sovrapponibile al concetto nazionale di Aggregazione funzionale territoriale (Aft).

<sup>11</sup> Si precisa che, ad oggi, il numero delle Case della Salute funzionanti in Emilia-Romagna è aumentato: da 57 sono passate a 61 (fonte Regione Emilia-Romagna).

ma «G. Leggieri»<sup>12</sup>, antifumo, disturbi del comportamento alimentare, disagio giovanile).

Figura 4 - Le funzioni presenti nelle Case della Salute in Emilia-Romagna



**Legenda**

A: Informazione, accoglienza e accesso ai servizi

B: continuità delle cure

C: continuità assistenziale (ex guardia medica)

D: teleradiologia, teleconsulto

E: gestione patologie croniche

F: attività infermieristiche (accesso diretto e programmato)

**Attività/progetti integrati cure primarie con:**

G: sanità pubblica

H: salute mentale - dipendenze patologiche

I: servizi sociali

L: terzo settore

M: comunicazione

N: formazione

Fonte: Curcetti e al., 2014.

In Emilia-Romagna, dal 2013 è stato anche avviato un percorso per lo sviluppo di Ospedali di comunità<sup>13</sup> e di altre tipologie di strutture sa-

<sup>12</sup> Per approfondimenti sul Programma regionale dell'Emilia-Romagna «Giuseppe Leggieri» si rinvia all'indirizzo internet: <http://www.saluter.it/ssr/aree/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche-1/programma-giuseppe-leggieri>.

<sup>13</sup> Gli Ospedali di comunità sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione. Negli Ospedali di comunità trovano collocazione particola-

nitare intermedie. Ad oggi, nel territorio regionale sono presenti 216 posti letto «intermedi»: 196 di Ospedale di comunità, 10 di lungo-assistenza, 10 di riabilitazione estensiva (Regione Emilia-Romagna, [www.saluter.it](http://www.saluter.it)).

Le tappe del percorso regionale previste per l'anno 2014 e per i successivi riguardano e riguarderanno: il completamento della rete delle Case della Salute (ne sono già state programmate più di 60, in aggiunta alle esistenti) e la ridefinizione clinico-organizzativa dei servizi presenti all'interno delle stesse; lo sviluppo dell'area delle cure intermedie con particolare riferimento agli Ospedali di comunità; l'adozione di modelli predittivi della fragilità e del rischio di ospedalizzazione (già testati negli scorsi anni) per la stratificazione della popolazione e la definizione delle azioni conseguenti, a seconda del livello di complessità del bisogno; e il rafforzamento delle competenze dei professionisti che operano nell'assistenza primaria.

#### 4.2 Il livello locale: due casi studio

Al fine di meglio esplicitare i risultati fino ad oggi ottenuti, abbiamo selezionato due casi studio: la Casa della Salute di San Secondo, Distretto di Fidenza – Azienda Usl di Parma, e la Casa della Salute di Forlimpopoli, Distretto di Forlì – sede operativa di Forlì – Azienda Usl della Romagna. Queste Case della Salute appartengono alla tipologia «grande» e sono state selezionate, tra le tante presenti nel territorio dell'Emilia-Romagna, in quanto rappresentano ad oggi alcune tra le più avanzate espressioni delle potenzialità sottese all'idea di Casa della Salute. Entrambe le Case della Salute sono il risultato di un processo di riconversione di ospedali. In dettaglio, nel periodo precedente l'avvio della trasformazione, l'ospedale di San Secondo aveva una dotazione di 121 posti letto e comprendeva la gran parte delle discipline (chirurgia inclusa); l'ospedale di Forlimpopoli aveva una dotazione di 61 posti letto dedicati principalmente ad acuzie e post-acuzie, riabilitazione e all'hospice (quest'ultimo con 11 posti letto), ed era sede di un punto di primo intervento (Pronto soccorso).

ri tipologie di pazienti (es. pazienti anziani fragili e/o cronici) che prolungherebbero, senza evidente utilità, la durata di un ricovero ospedaliero o potrebbero essere trattate appropriatamente anche al di fuori del setting ospedaliero, ma non a domicilio. Tra le fonti bibliografiche si cita: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-Agenas, 2009.

Le tempistiche di realizzazione delle due Case della Salute sono differenti. A San Secondo la Casa della Salute è stata ufficialmente inaugurata il 29 ottobre 2012 (anche se era già attiva da gennaio 2012); la struttura ospitante era già stata oggetto, negli anni precedenti l'ipotesi di realizzare la Casa della Salute, di un processo di trasformazione dell'ospedale per acuti in un polo socio-sanitario, che al tempo dell'inaugurazione accoglieva già un ampio insieme di servizi e professionisti, come ad esempio: alcuni medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; la sanità pubblica; il consultorio familiare; un centro di salute mentale, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza; diversi ambulatori specialistici (ad esempio, neurologia, ortopedia, fisioterapia, urologia, oculistica, odontoiatria, dermatologia, gastroenterologia); e altro. A Forlimpopoli, invece, il percorso di trasformazione dell'ospedale in Casa della Salute è stato avviato nel 2012 e la sua conclusione è prevista entro l'anno 2014.

La Casa della Salute di San Secondo presenta una popolazione di riferimento pari a 16.779 abitanti, residenti in quattro Comuni. L'ambito territoriale coincide con quello di un unico Nucleo di cure primarie. La Casa della Salute di Forlimpopoli presenta, invece, una popolazione di riferimento pari a 24.444 abitanti residenti in due Comuni. L'ambito territoriale della Casa della Salute di Forlimpopoli coincide con quello di un unico Nucleo di cure primarie, come nel caso di San Secondo.

Nella tabella 1 vengono riportati i servizi/professionisti presenti nelle due Case della Salute, secondo i dati raccolti nell'ultimo monitoraggio regionale (Curcetti e al., 2014). Si precisa, inoltre, che nelle due strutture ospitanti le Case della Salute sono presenti anche dei posti letto intermedi. In particolare, secondo una ricognizione regionale effettuata nel presente anno, nella struttura dove è ubicata la Casa della Salute di San Secondo è presente un Ospedale di comunità con 10 posti letto, un modulo di lungoassistenza con 10 posti letto e un modulo di riabilitazione estensiva con 10 posti letto. Nella struttura dove è ubicata la Casa della Salute di Forlimpopoli si trova un Ospedale di comunità con 28 posti letto. Nella struttura di Forlimpopoli è presente anche un hospice con 11 posti letto, già funzionante prima dell'avvio del percorso di realizzazione della Casa della Salute.

Presso le strutture delle due Case della Salute hanno sede anche alcune associazioni di volontariato, elemento importante nella prospettiva di una più ampia inclusione possibile, a cominciare dalla vicinanza fisica, di tutti gli attori, formali e «informali», coinvolti nell'assistenza sanitaria e sociale.

È quanto mai doveroso esplicitare come nel presente contributo non vengano affrontati alcuni temi che sono stati particolarmente importanti nella realizzazione delle due Case della Salute di San Secondo e di Forlimpopoli (e lo sono anche oggi nella fase di sviluppo) come, ad esempio, la gestione del consenso tra i professionisti e tra la cittadinanza, i rapporti con i medici di medicina generale, e tra questi e gli specialisti. Una loro descrizione merita uno spazio di approfondimento dedicato, più ampio di quanto sarebbe possibile nel presente articolo.

### 5. Conclusioni

Nel corso degli ultimi tredici anni (dalla modifica del Titolo V della Costituzione) si sono progressivamente accentuate le differenze nelle forme di organizzazione e di funzionamento dei servizi sanitari regionali, comprese le differenze nelle forme di erogazione dell'assistenza primaria. Il rapporto della Dg Sanco - Commissione europea (10 luglio 2014) pone chiaramente in evidenza, supportato dalle più recenti evidenze della letteratura internazionale e dalle esperienze di diversi paesi europei (ad esempio Belgio e Finlandia), come un modello «evoluto» di assistenza primaria debba necessariamente prevedere: la erogazione di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; una modalità di lavoro in team multidisciplinari e interprofessionali; la presenza di strutture dedicate alla erogazione dell'assistenza primaria quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di salute di una determinata comunità.

In Italia, a fronte della disomogeneità nei livelli di sviluppo dell'assistenza primaria tra le Regioni (e anche tra i diversi territori delle singole regioni) e del recente scenario europeo, si pone l'esigenza di creare occasioni di confronto e condivisione, a livello nazionale, tanto di concetti, a cominciare da quello di assistenza primaria (Corsalini e Fattore, 2012) e di linguaggi, quanto di proposte operative ed esperienze di trasformazione e rafforzamento dell'assistenza primaria. Il nostro articolo intende stimolare il confronto proponendo alcune leve per il cambiamento e descrivendo l'esperienza (tuttora in divenire) delle Case della Salute in Emilia-Romagna, quale pratica di miglioramento dell'erogazione dell'assistenza primaria. Il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, in linea con il quadro europeo, offre importanti indicazioni relative allo sviluppo dell'assistenza primaria e rappresenta senza dubbio una occasione di discussione, da avviare sin da ora.

*Tabella 1 - I servizi/professionisti presenti nella Casa della Salute di San Secondo (Pr) e di Forlimpopoli (Fc), tipologia «grande»*

| Servizi / Professionisti presenti |                                             | San Secondo (PR) | Forlimpopoli (FC) |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|------------------|-------------------|
| Prevenzione                       | Vaccinazioni                                | X                | X                 |
|                                   | Screening collo dell'utero                  | X                | X                 |
|                                   | Screening mammografico                      | X                | **                |
|                                   | Screening colon retto                       | X                | X                 |
| Assistenza primaria               | Medicina di gruppo (Mmg)                    | X                | X                 |
|                                   | Ambulatorio pediatrico (Pls)                | X                | X                 |
|                                   | Ambulatorio Infermieristico                 | X                | X                 |
|                                   | Continuità assistenziale H 12               | X                | X                 |
|                                   | Guardia medica                              | X*               | X                 |
|                                   | Ambulatorio osservazione terapie            | X                | X                 |
|                                   | Ambulatorio ostetrico                       | X                | X                 |
|                                   | Coordinamento Ass. domiciliare integrata    | X                | X                 |
| Sanitari                          | Consultorio familiare                       | X                | X                 |
|                                   | Pediatria di comunità                       | X                | X                 |
|                                   | Neuropsichiatria infanzia e adolescenza     | X                | X                 |
|                                   | Centro di salute mentale                    | X                | X                 |
|                                   | Ambulatorio servizio per le dipendenze      |                  | **                |
|                                   | Centro residenziale psichiatrico            |                  |                   |
|                                   | Centro diurno psichiatrico                  |                  |                   |
|                                   | Poliambulatorio                             | X ***            | X ***             |
|                                   | Punto prelievi                              | X                | X                 |
|                                   | Diagnostica tradizionale                    | X                | X                 |
|                                   | Recupero e riabilitazione funzionale        | X                | X                 |
|                                   | Palestra polivalente                        | X                | X                 |
| Socio-sanitari                    | Unità valutazione multidimensionale         | X                | X                 |
|                                   | Anziani e Disabili                          |                  |                   |
|                                   | Struttura residenziale anziani / disabili   |                  |                   |
|                                   | Centro diurno anziani / disabili            |                  |                   |
| Sociali                           | Presenza programmata                        | X                |                   |
|                                   | Presenza fissa                              | X                | X                 |
| Amministrativi                    | Cup                                         | X                | X                 |
|                                   | Sportello unico                             | X                | X                 |
|                                   | Distribuzione ausili protesici              | X                | **                |
|                                   | Altro (es. sala riunioni, sala polivalente) | X                | X                 |

*Note:*

\* In corso di trasferimento dalla sede Croce Rossa contigua

\*\* Si tratta di servizi centralizzati a livello distrettuale/aziendale

\*\*\* Nella Casa della Salute di San Secondo sono presenti: Odontoiatria e protesi odontoiatriche, Medicina Riabilitativa, Fisioterapia – adulti e infanzia/minori, Dermatologia, Oculistica, Endocrinologia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Urologia, e tanti altri. Nella Casa della Salute di Forlimpopoli sono presenti: Cardiologia, Dermatologia, Orl, Fisiatria, Oculistica, Ortopedia, Chirurgia, Odontoiatria.

*Fonte:* elaborazione degli autori su Curcetti e al., 2014.

RPS

Antonio Brambilla e Davide Botturi

### Riferimenti bibliografici

- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-Agenas, 2009, *L'ospedale di comunità – Country hospital in Italia. Studio della normativa nazionale e regionale*, giugno, Roma.
- Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) – Bocconi (a cura di), 2014, *Rapporto Oasi 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea, Milano.
- Corsalini E. e Fattore G., 2012, *L'assistenza sanitaria primaria in Europa: modelli, tendenze, scenario per l'Italia*, «Mecosan», n. 82, pp. 61-75.
- Curcetti C., Parisini L., Tassinari M.C. e Brambilla A. a cura di, maggio 2014, *Le «Case della Salute» funzionanti in Emilia-Romagna: a che punto siamo. Report 2014*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Exph (Expert Panel on effective ways of investing in Health), 10 luglio 2014, *Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*, Commissione europea, disponibile all'indirizzo internet: [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/004\\_definitionprimarycare\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf).
- Faletti G., Filannino C., Lega F. e Sartirana M., 2014, *Prime ricognizioni sul fenomeno del cambiamento dello skill mix nel Ssn*, in Cergas - Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea, Milano.
- Fosti G. e Notarnicola E. a cura di, 2014, *Il welfare e la long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Egea, Milano.
- Istat, 2012, *Statistiche demografiche*, disponibile all'indirizzo internet: <http://demo.istat.it/pop2011/index.html>.
- Longo F. e Cantù E., 2014, *Dove sta andando il Ssn: evidenze dal Rapporto Oasi 2013*, in Cergas – Bocconi a cura di, *Rapporto OASI 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Egea, Milano.
- Louis D.Z., Robeson M., McAna J. e al., 2014, *Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis*, «BMJ Open», 4.
- McKee M., Dubois C.A. e Sibbald B., 2006, *Changing professional boundaries*, in Dubois C.A., McKee M. e Nolte E. a cura di, *Human resources for health in Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2011*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/rgse/2011/documenti/RGE\\_2011\\_xissn\\_onlinex\\_xPROTETTOx.pdf](http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/rgse/2011/documenti/RGE_2011_xissn_onlinex_xPROTETTOx.pdf).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2013, *Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2012*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.dt.tesoro.it/export/sites/sitodt/modules/documenti\\_it/analisi\\_programmazione/documenti\\_programmatici/RGE\\_2012\\_-\\_on\\_line\\_PROTETTO.pdf](http://www.dt.tesoro.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/RGE_2012_-_on_line_PROTETTO.pdf).
- Moirano F. e Bellentani M., 2014, *Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governante clinica*, «I quaderni di Monitor», n. 35, pp. 69-73.
- Oecd, 2013, *Health at a Glance 2013: Oecd indicators*, Oecd Publishing, disponibile

all'indirizzo internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.

Regione Emilia-Romagna, 2009, Deliberazione della Giunta Regionale n. 427 - *Linee di indirizzo regionali di attuazione del Pssr 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali*, Bollettino ufficiale regionale (Bur), n. 83, 5 maggio.

Regione Emilia-Romagna, 2010, Deliberazione della Giunta Regionale n. 291 - *Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale*, Bollettino ufficiale regionale (Bur), n. 48, 18 marzo.

Rhyne R., Bogue R., Kukulka G. e Fulmer H. a cura di, 1998, *Community-oriented primary care: health care for the 21<sup>st</sup> century*, American Public Health Association, Washington DC.

Rikkert M.G., Parker S.G. e van Eijken M.I., 2004, *What is intermediate care?*, «Bmj», 329 (7462), pp. 360-361.

Tozzi V.D., Longo F., Pacileo G. e al., 2014, *Pdta standard per le patologie croniche.11 Asl a confronto nella gestione della rete dei servizi per Bpco, tumore polmonare, ictus, scompenso cardiaco e artrite reumatoide*, Egca, Milano.

**RPS**

Antonio Brambilla e Davide Botturni



## La formazione degli operatori delle Case della Salute nell'Ausl di Bologna

**Tiziana Lavallo, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana**

*La realizzazione delle Case della Salute nella Ausl di Bologna ha lo scopo di esplicitare un cambiamento nelle modalità di organizzare il «servizio». La formazione rappresenta in questo contesto l'opportunità per accompagnare i processi di innovazione e questa esperienza è stata supportata dall'utilizzo del metodo Pbl (Problem based learning) e di una piattaforma di e-learning. Hanno partecipato e terminato il percorso 114 professionisti operanti in nove Case della Salute,*

*di provenienza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale. La prima fase, che ha impegnato il primo semestre 2013, ha favorito la conoscenza e il riconoscimento dei metodi e degli strumenti propri di ogni professione, creando aree di condivisione dei medesimi, per ottemperare alle finalità proprie della Casa della Salute in materia di continuità della cura, di attenzione all'appropriatezza e alla personalizzazione della presa in cura e del percorso di assistenza individualizzato.*

### 1. Introduzione

Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) evidenziano, nell'indagine condotta per conto dell'Ocse, come «l'insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure è sicuramente la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni». L'integrazione delle attività e il coordinamento della componente professionale rappresentano dunque una parte essenziale della qualità dell'assistenza, elementi sui quali intervenire per operare strategie che ricompongano fattori solo in apparenza dicotomici: la risposta ai bisogni di salute, il contenimento dei costi, l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità.

La Regione Emilia-Romagna per fronteggiare il problema concentra l'attenzione sulla sanità del territorio e in modo più specifico sull'erogazione dell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche, che caratterizzano una tipologia di domanda che più di altre pone l'esigenza della presa in carico, della medicina d'iniziativa e della continuità di cure e assistenza quali elementi in grado di garantire migliori risposte di salute in modo più sostenibile. Il rafforzamento delle cure primarie

RPS

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLE CASE DELLA SALUTE NELL'AZIENDA AUSL DI BOLOGNA

e l'integrazione fra i professionisti del territorio (medici di medicina generale e altri professionisti sanitari) e gli specialisti ospedalieri diventa dunque l'azione su cui s'incardina l'intero percorso.

Le competenze dei professionisti rappresentano quella dimensione intangibile che se, da un lato, rappresenta la nuova dimensione della misurazione della performance dei servizi, dall'altro, come suggerisce il nome stesso, sfugge a una oggettivazione e valutazione tradizionale. Non di meno le aziende sanitarie si sono caratterizzate nel tempo per una forte connotazione professionale e «*brain intensive*». L'aggiornamento continuo rappresenta infatti una delle principali necessità dei professionisti che operano nelle aziende sanitarie, questo anche alla luce dei nuovi bisogni, delle nuove fragilità e quindi dei nuovi input provenienti dal livello regionale e centrale.

Il Ministero della Salute promuovendo nel 2006 «un new deal della salute» ha definito Casa della Salute: «lo spazio fisico pubblico dove i cittadini ricevono prestazioni sanitarie (di medicina generale e specialistica ambulatoriale) e sociali. Lì si realizza la prevenzione, la promozione della salute, il benessere sociale e la presa in carico globale e integrata dei bisogni socio-sanitari del cittadino», principi fondamentali, affermati esplicitamente anche dalla legge 229/99 e dalla legge 328/2000. L'iniziativa del Ministero nasce e si sviluppa alla luce delle evidenze legate all'evoluzione dei bisogni da parte dei cittadini/utenti e sulla base della necessità di sviluppare un sistema a rete per le cure primarie e intermedie volto a incrementare ulteriormente l'appropriatezza dell'ambito di cura e della presa in carico (Starfield, 1994).

Sulla base di queste evidenze, la Regione Emilia-Romagna ha approvato (d.g.r. n. 291/2010) le *Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute*, punto di riferimento certo per i cittadini, alle quali rivolgersi per trovare una risposta ai propri problemi di salute. La Casa della Salute può avere una diversa complessità, anche in relazione alle caratteristiche orografiche del territorio e alla densità della popolazione, individuando diverse tipologie (grande, media, piccola), coincide con la sede del Nucleo di cure primarie (Ncp)<sup>1</sup> ed è finalizzata a fornire un'appropriata risposta ai bisogni di salute e all'erogazione di attività di cura proprie dei percorsi

<sup>1</sup> Aggregazione funzionale o strutturale di medici di Medicina generale che possono condividere la sede operativa, cioè coabitare in spazi lavorativi prossimi, o l'attività e la documentazione degli assistiti (medici in rete). È l'unità funzionale territoriale di riferimento nella programmazione della Medicina generale.

assistenziali integrati oltre che a prestazioni di assistenza primaria, salute mentale e sanità pubblica.

L'evoluzione organizzativa e operativa dei Ncp si è realizzata con l'integrazione nelle «Case della Salute» (CdS), analogamente a quanto avviene negli Usa e in Canada con la creazione delle *Patient-centered home care* (Pchc; Starfield, Chang, Lemke e Weiner, 2009). La Pchc è un approccio di cura centrato sul paziente che prevede che i pazienti abbiano un medico di famiglia che fornisca le cure mediche, la cura sia orientata alla persona nel suo complesso; la cura sia coordinata da un team inter-professionale, continua e completa; vi sia un accesso diretto agli appuntamenti consulenziali previsti nel percorso; la tecnologia, compresa la cartella clinica informatizzata, supporti il processo di cura e presa in carico; la retribuzione sia per «processo di cura» e che il miglioramento degli obiettivi della qualità della vita e della sicurezza del paziente siano la chiave della progettazione del piano individuale.

## 2. Le ragioni della formazione a supporto dell'istituzione delle Case della Salute

Le aspettative dei cittadini sono la base per la costruzione della fiducia istituzionale verso i servizi sanitari (Nuti e Vainieri, 2009). Le aspettative nei confronti degli operatori sanitari sono ulteriori componenti della fiducia istituzionale, anche se giocano un ruolo più rilevante nella dialettica della fiducia interpersonale che può essere influenzata da diversi fattori: la cultura, l'età, il reddito, le esperienze precedenti la condizione sociale. Le relazioni che quotidianamente gli operatori stessi hanno con i pazienti e la comprensibilità del ruolo agito modificano l'esperienza di servizio (*patient experience*) del paziente tanto che nel tempo sono nati percorsi di «*empowerment*» che hanno aumentato la capacità di «governo» da parte del paziente, come il programma «*patient expert*»<sup>2</sup> del Regno Unito, il Centro per l'educazione del paziente dell'Università di Stanford (Usa), i programmi di educazione alla salute presenti nelle aziende sanitarie locali.

In questa ottica, le Case della Salute richiedono un forte investimento culturale. Occorre, infatti, investire tempo e attenzioni per potenziare

<sup>2</sup> Per un approfondimento si rinvia a: Coleman e Newton (2005); Bodenheimer, Lorig, Holman e al. (2002); Lorig, Ritter, Stewart e al. (2001); Lorig, Sobel, Stewart e al. (1999); Lee, Kennedy e Rogers (2006).

i rapporti tra professionisti e promuovere il più possibile modalità di lavoro condivise e non contrapposte, ma è altrettanto importante agire sull'approccio che i cittadini hanno nei confronti delle cure territoriali, rappresentandole non come una soluzione a minor contenuto tecnico-professionale e inferiore grado di tutela, ma un'alternativa affidabile a forme maggiormente intensive allorquando queste non rappresentano la scelta appropriata (Jason e al., 2009).

Il successo di un progetto formativo è innegabilmente legato alla motivazione dei professionisti e alla capacità, per chi lo governa, di far intravedere ai soggetti coinvolti, professionisti, cittadini o altri stakeholder, i vantaggi che la formazione comporterà (ivi).

Questo articolo intende analizzare, alla luce delle premesse e delle sperimentazioni in atto in Emilia-Romagna, i risultati derivanti dal processo formativo che ha visto coinvolta l'Ausl di Bologna.

Il percorso formativo progettato per le Case della Salute dell'Ausl di Bologna è stato focalizzato sullo sviluppo della capacità di facilitazione, collaborazione nella soluzione dei problemi di salute degli utenti e di progettazione integrata del Piano individuale di vita e di cure (Pivac).

Il corso, suddiviso in seminari monotematici, è stato strutturato attraverso l'applicazione del *Problem based learning* (Pbl) e analisi di casi, si è concluso con la presentazione di un progetto integrato di presa in carico di un paziente.

Il Pbl nasce, come metodo di insegnamento, dalla teoria costruttivistica<sup>3</sup> e prevede l'apprendimento attivo da parte dei discenti. È stato adottato da Howard Barrows e dai suoi colleghi presso la McMaster University di Hamilton, Ontario, Canada alla fine del 1960 (Neville, 2009) nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia che lamentavano poca attinenza tra formazione teorica e pratica medica nei primi tre anni del percorso formativo. Fu poi introdotto in altri ambiti disciplinari come diritto, economia, studi sociali, e nella facoltà di Medicina della Università Kebangsaan Malaysia (Ukm) nel 1987.

<sup>3</sup> Il costruttivismo è un approccio teorico fondato sulla comprensione della struttura e della dinamica del sistema di significati che una persona adotta. L'iniziatore del costruttivismo può essere considerato lo psicologo statunitense George Kelly che già negli anni '50 precorse gli sviluppi della scienza cognitiva. Non è un pensiero totalmente originale in quanto già Giambattista Vico (1668-1744) diceva: «Il vero è identico al fatto», o anche «[...] la verità umana è ciò che l'uomo conosce costruendolo con le sue azioni, e formandolo attraverso di esse» (Vico in Cristofolini, 1971, p. 70).

Barrows, nel 1996, introdusse il metodo Pbl per aiutare gli studenti ad apprendere ruoli futuri, ricercare motivazioni, sviluppare attitudini professionali<sup>4</sup>. Da allora è stato adottato come principale metodologia di insegnamento basato sull'apprendimento per scoperta/ricerca individuale (Savin-Baden, 2000; Sasso, 2008) anche in Italia.

Uno degli elementi principali del metodo è lo sviluppo della capacità di valutare e di autovalutarsi dello studente. In Italia è utilizzato sistematicamente nei corsi di laurea in Infermieristica dell'Università di Ferrara, Parma (sede di Piacenza), Genova e, in quest'ultima università, anche nella formazione dei medici, all'interno del laboratorio di «*medical education*» presso il Dipartimento di Scienze della salute.

La «scoperta» individuale, il confronto in gruppo, la discussione e il feedback del docente sono elementi che radicano l'apprendimento, stimolano il giudizio critico e la capacità di confronto.

Molti autori sostengono che il Pbl promuove, nell'analisi di un problema, situazione, contesto, la riflessione sulle migliori opzioni di scelta, sulla migliore risposta. Marton e Saljo (1976; Saljo, 1981) nel 1976 sottolinearono l'importanza della rielaborazione in modo autonomo delle conoscenze acquisite attraverso il collegamento ai dati provenienti dall'esperienza, in particolare al radicamento, consolidamento dell'apprendimento e alla sua «costruzione» di senso e le ricerche qualitative sul Pbl hanno dimostrato che l'esperienza maturata è più significativa rispetto ai programmi basati su lezioni frontali o conferenze plenarie (Taylor, 1997; Savin-Baden, 2000; Wilkie, 2000).

Anderson e al. (2011) hanno affermato che il Pbl, sviluppando la capacità di soluzione dei problemi, educa alla discussione, a sostenere le proprie tesi basandole su evidenze e documentazioni, ad avere fiducia in se stessi e a gestire l'incertezza e il conflitto, a sviluppare la capacità critica.

### 3. La progettazione

La progettazione è stata sviluppata attraverso un rapporto costante tra committenza (la Direzione aziendale e la Direzione del Dipartimento

<sup>4</sup> Il Pbl prevede le seguenti fasi: 1) identificare gli obiettivi; 2) decidere le attività e gli strumenti di accertamento; 3) decidere quanto tempo occorre per definire il setting; 4) descrivere il problema; 5) identificare le risorse; 6) definire i vincoli; 7) definire i risultati da valutare; 8) monitorare e supportare.

di Cure primarie dell'Ausl Bologna), tutor d'aula scelti e Direttore della Uoc Formazione come esperto metodologico. Sono stati condivisi gli obiettivi, i contenuti, la scelta dei docenti e, con i docenti stessi, gli *output* di apprendimento.

Il meta-obiettivo della progettazione condivisa tra committenti, docenti e tutor era di produrre nei partecipanti, come avevano già documentato Grainger, Aktinson e Coupland (1990)<sup>5</sup> la fiducia verso le Case della Salute come «casa comune» degli operatori e di sviluppare nelle *équipe* la capacità di *supporto reciproco*, inteso come l'interesse attivo e positivo verso gli altri operatori della struttura; la capacità di *coordinamento* delle attività che richiedono integrazione reciproca, *responsabilità* sulle attività di competenza e sulla valutazione delle opportunità di agire l'autonomia professionale, e *framework*, una cornice di riferimento a cui ispirarsi.

Il progetto formativo è stato previsto in forma ibrida, con una parte in e-learning, utilizzando una piattaforma Moodle 1.9. I contenuti sviluppati nella piattaforma sono stati: materiali di supporto e di letteratura, documentazione didattica; esercitazioni; progettazioni collaborative.

Il caso clinico, in particolare, è stato strutturato in modo da affrontare in modo collaborativo e in sottogruppi:

- l'analisi dei dati di popolazione/epidemiologici ai fini di selezione della domanda e di pianificazione delle priorità di intervento;
- l'analisi del contesto e dei bisogni di un caso;
- l'analisi delle competenze presenti nel contesto organizzativo;
- l'individuazione dei problemi di salute e dei rischi potenziali;
- la ridefinizione del contesto d'azione e risoluzione di problemi in maniera integrata, basandosi sulle evidenze, sulle competenze pregresse e sulla costruzione condivisa di significati;
- la progettazione organizzativa (adattamento al caso scelto delle attività integrate).

#### 4. Le competenze

Il modello di Cure primarie centrato sul ruolo delle Case della Salute si pone come obiettivo quello di migliorare l'accessibilità ai servizi, la

<sup>5</sup> Per un approfondimento si rinvia anche a Marmot, Friel, Houweling e Taylor (2008).

qualità dell'assistenza e la continuità della cura incidendo soprattutto sui seguenti aspetti:

- assicurare un punto unico e riconoscibile di accesso ai cittadini;
- garantire un'ampia accessibilità oraria e settimanale;
- coordinare e integrare le risposte da dare al cittadino;
- rafforzare l'integrazione fra i differenti *setting* di cura integrando il trattamento delle condizioni acute con le altre diverse fasi di malattia/disabilità/fragilità/disautonomia;
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di patologie croniche;
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini;
- offrire formazione permanente agli operatori.

La formazione di alcuni professionisti, facilitatori della comunicazione e dell'integrazione professionale, è uno degli strumenti con cui si può accompagnare il cambiamento. Il percorso si è proposto, in sostanza, di supportare i partecipanti affinché siano in grado di sostenere e favorire la successiva fase di coinvolgimento e formazione degli altri professionisti operanti nella struttura stessa.

Gli obiettivi di apprendimento, individuati sulla base delle aspettative della Direzione generale, del Dipartimento di cure primarie (Dcp) e sulla valutazione delle competenze sviluppate nel biennio 2011-2012 nella formazione degli operatori del Dcp e della Medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale e convenzionati, sono stati:

- acquisire un metodo di posizionamento dell'attività nel contesto locale;
- acquisire un metodo di analisi di un caso;
- conoscere metodi di analisi delle interfacce;
- acquisire un metodo identificazione dei problemi di salute;
- acquisire un metodo di valutazione e soluzione dei problemi;
- acquisire capacità negoziali;
- agire diversi stili comunicativi;
- conoscere i tipi di leadership nella propria organizzazione;
- acquisire capacità di integrazione;
- apprendere metodi di comunicazione;
- acquisire un metodo di valutazione della competenza.

Nella sessione di apertura del corso sono stati comunicati ai partecipanti gli obiettivi di apprendimento e le aspettative della Direzione ge-

**RPS**

Tiziana Lavallo, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana

nerale. Le aspettative dei partecipanti, invece, sono state indagate attraverso interviste mirate a testimoni significativi. Le differenze, inferiori a quanto ci si potrebbe attendere, sono da attribuirsi alla prevalenza di punti di vista professionali specifici dei partecipanti e alla non conoscenza del modello organizzativo finale delle Case della Salute.

L'attenzione dei partecipanti è stata orientata su processi e su contenuti che, oggetto d'esperienza comune, hanno mobilitato le energie per la condivisione della interculturalità come leva per l'integrazione professionale.

Il quadro sinottico delle competenze per gli operatori delle Case della Salute è stato individuato in:

- a) *competenze relazionali*: saper lavorare in gruppi multi-professionali, realizzare relazioni positive con il contesto esterno, coordinare le interfacce nella rete di servizi/attori, negoziare l'integrazione professionale, favorire la multiculturalità;
- b) *competenze di innovazione*: saper realizzare un audit, condurre un gruppo di miglioramento, utilizzare le raccomandazioni e la letteratura Ebm, Ebn, Ebp (medicina basata sulle evidenze scientifiche; nursing basato sulle evidenze scientifiche; pratiche basate sulle evidenze scientifiche);
- c) *competenze tecnico-professionali*: saper agire il proprio ambito specifico di attività e responsabilità sia negli ambiti autonomi, sia nelle équipe multi-professionali, garantire la comunicazione sugli obiettivi e gli interventi nell'équipe, ricercare il consenso sul progetto individuale, garantire la continuità comunicativa e di processo nella presa in carico dell'utente, gestire percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (Pdta) integrati, prendere in carico una persona in modo multi-professionale;
- d) *competenze organizzativo-gestionali*: saper analizzare processi e organizzazioni, saper intercettare e interpretare la forma organizzativa; saper progettare una struttura, processo, funzione; saper valutare i risultati anche in rapporto alla domanda e alle garanzie dichiarate verso i cittadini.

### 5. L'orientamento alla buona pratica

La formazione interprofessionale può avere un *approccio direttivo*, in cui l'apprendimento è centrato sul contenuto fornito ai partecipanti; un *approccio minimo induttivo*, in cui i docenti mantengono un minimo in-

tervento sui contenuti, lasciando la scoperta ai discenti sia sui contenuti che sulle metodologie di apprendimento da utilizzare; un *approccio sociale*, in cui il docente sistematizza i concetti partendo dalle narrazioni dei partecipanti; o un *approccio pragmatico*, nel quale il docente o il tutor si focalizzano sul processo di apprendimento e sui comportamenti agiti nel processo, più che sui contenuti.

Silen nel 2001 usò l'etnografia per descrivere l'apprendimento (Zanini, 2005). I risultati di questo studio, secondo cui chi apprende è visto spesso come un continuum tra frustrazione e stimolo, hanno fatto orientare il percorso formativo sugli elementi che avrebbero potuto enfatizzare gli stimoli: il lavoro collaborativo, il riconoscimento dei ruoli, la ricerca delle buone pratiche, la condivisione dei progetti di presa in carico.

Il ruolo dei tutor è stato importante. Il modello di tutorato scelto è stato quello descritto da Carter (in Binetti e De Marinis, 2002) nel 1994 che vede il tutor come un *opportunity provider*, un consulente di apprendimento, un facilitatore della crescita individuale. Il tutor individua, valuta e aiuta a rielaborare le esperienze, per permettere alla persona in apprendimento di incrementare le sue capacità potenziali, attraverso un processo di riflessione continua.

Le competenze dei tutor sono state la *capacità di supporto*, per trasformare le difficoltà in occasioni di apprendimento, supportando la rielaborazione dell'esperienza; la *capacità di incoraggiamento* nel sostenere le persone in difficoltà durante la fase di apprendimento o di condivisione e di partecipazione; la *capacità di visione*, nel ripuntualizzare costantemente gli obiettivi finali da raggiungere e i meta-obiettivi; la *capacità di progettazione* nel sostenere consapevolmente il cambiamento comportamentale del gruppo in apprendimento.

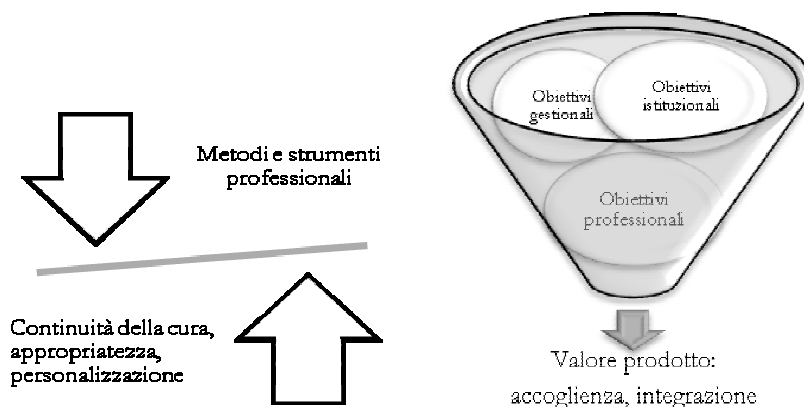
Nella figura 1 è rappresentato il modello di formazione progettato che, partendo dagli obiettivi istituzionali, gestionali e professionali, ha individuato come valore da produrre, all'interno del gruppo formato, maggiore accoglienza verso la cittadinanza e integrazione tra i professionisti.

Il percorso formativo ha cercato di bilanciare due istanze principali dei professionisti: la reciproca conoscenza e il riconoscimento di metodi e strumenti propri di ogni professione con la necessità di creare delle aree di condivisione dei medesimi, per ottemperare alle finalità proprie della Casa della Salute in materia di continuità della cura, di attenzione all'appropriatezza e alla personalizzazione della presa in cura e del percorso di assistenza individualizzato.

RPS

Tiziana Lavalle, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana

Figura 1 - La modellizzazione della formazione per i professionisti delle Case della Salute nell'Ausl di Bologna



#### 6. Il percorso di formazione, la valutazione dell'apprendimento e del gradimento

Nel progetto formativo è stata prevista una parte di attività didattica da svilupparsi per mezzo di una piattaforma predisposta per e-learning. La scelta è stata motivata dalla necessità di creare condizioni collaborative anche a distanza per facilitare, in un gruppo di professionisti normalmente assegnati a strutture distanti fino ad 80 km, confronto, discussione, progettazione. Altro obiettivo indiretto era stimolare la partecipazione all'analisi dei casi di studio in modo partecipativo e orizzontale, lasciando visibile tra pari i lavori e il loro progresso.

Gli apprendimenti on line sono progettati sulla base delle potenzialità e della funzionalità della piattaforma informatica disponibile. Nel caso descritto, è stato utilizzato il modello integrato<sup>6</sup>. La popolazione for-

<sup>6</sup> Nel modello integrato: la discussione on-line (forum o videoconferenze), le documentazioni, i compiti sono l'asse portante del corso per la sperimentazione come in un laboratorio dei contenuti forniti/appresi in aula. È il modello più idoneo all'adozione della metodologia Pbl, ma le esperienze del suo utilizzo sono abbastanza limitate, anche se questo modello offre più opportunità per la riflessione e per la storicizzazione dei contributi (*computer-mediated collaborative Pbl*).

mata era priva di esperienza diretta sia con metodologie e-learning, sia con gli strumenti di confronto aperto quali blog e forum, almeno per le attività lavorativa, ma il supporto dei tutor è stato di aiuto nell'orientare l'accesso e nell'acquisizione di fiducia verso lo strumento e, soprattutto, verso la partecipazione, percepita poi come valore della formazione.

Il progetto formativo ha coinvolto 114 operatori, facenti capo a 9 zone territoriali di pertinenza di 9 Case della Salute. Le strutture coinvolte erano piccole, medie, grandi; interne agli ospedali di piccole dimensioni o totalmente esterne alle strutture ospedaliere, appartenevano sia alla città di Bologna, sia alla zona pianeggiante che a quella collinare. I professionisti coinvolti sono stati reclutati nel Dipartimento di cure primarie, in quelli di salute mentale, di sanità pubblica, farmaceutico, medico ospedaliero. Sono stati inseriti, inoltre, assistenti sociali del Dipartimento delle attività socio-sanitarie, amministrativi dei Distretti e medici di Direzione sanitaria.

Durante l'iter del corso, i seminari residenziali sono stati intervallati da casi di studio per la sperimentazione del metodo Pbl e della progettazione integrata dei Piv<sub>c</sub> (Progetti individuali di vita e di cure), oltre che per il sostegno della negoziazione e condivisione in team di cura degli obiettivi del Piv<sub>c</sub> stesso. Sono stati analizzati 4 casi, riferiti a quattro persone ammalate: un adolescente con problemi di obesità, una persona anziana con bronco pneumopatia cronica ostruttiva e gravi problemi familiari, una signora con scompenso cardiaco e altre comorbidità, un paziente adulto con diabete scompensato. Per ognuno è stata fornita una griglia per la discussione del caso, condivisa nella fase di progettazione con due dei docenti del corso e centrata sulle fasi di problem finding, problem solving, action plan e fase di gestione del problema, e per ogni fase la descrizione delle attività, i contenuti specifici, i metodi di lavoro, gli attori coinvolti e gli strumenti da adottare o indicatori da monitorare.

Vi può poi essere: un «modello di contenuto e di supporto»: il contenuto del corso è in generale fornito sul supporto informatico, senza tutorato. Il tutorato è esercitato via email o attraverso videoconferenze, ma separate dal *repository* didattico e per un tempo limitato. Parte delle attività di tutorato è esercitato dei docenti per via telefonica o in presenza, secondo le modalità di sviluppo dell'evento formativo; e un «modello *wrap around*»: impegna i partecipanti 50% in aula e 50% on line. Il materiale didattico è sia informatizzato che cartaceo e il lavoro del tutor è più intenso perché diventa elemento regolatore della comunità di apprendimento, in particolare nelle attività di problem solving.

RPS

Tiziana Lavallo, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana

Hanno partecipato al corso in modo costante 104 operatori, con una mortalità, per motivi lavorativi, del 10,34%. Il progetto formativo della durata di 68 ore, è stato suddiviso in 48 ore di formazione in aula e 20 di e-learning collaborativo. Un dato sorprendente è stato che la quasi totalità dei partecipanti (n. 101) ha popolato la piattaforma e-learning, nonostante fosse la prima esperienza.

La valutazione di apprendimento è stata effettuata attraverso la presentazione di un Piv<sub>e</sub>c in sessione plenaria.

Ogni sottogruppo ha elaborato un Piv<sub>e</sub>c rispetto al caso assegnato e, prima della presentazione, i gruppi delle diverse Case della Salute che avevano lavorato sullo stesso tipo di paziente, persona affetta da obesità nell'adolescente o Bpco o scompenso cardiaco o diabete, hanno dovuto condividere le loro progettazioni al fine di estrarre un Piv<sub>e</sub>c condiviso da più équipes. Ogni gruppo ha utilizzato tutti gli strumenti e gli approcci metodologici presentati durante il percorso formativo.

Il risultato finale, anche in termini di armonia di presentazione nella sessione plenaria, è stato molto positivo e alcuni elementi sono particolarmente significativi per lo sviluppo dei gruppi.

Nella presentazione del progetto sull'adolescente affetto da obesità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi sono stati discussi ed elaborati tra pediatri, infermieri, assistenti sanitarie, assistenti sociali e questa condivisione è un risultato importante perché ha unito diversi mondi professionali.

Nel caso di presa in carico della persona diabetica i medici di medicina generale, gli infermieri, gli specialisti ambulatoriali e l'assistente sociale hanno individuato le cause-fattori sostenenti il diabete per progettare interventi tesi alla riduzione del loro impatto sul futuro della paziente assistita, operando quindi sulla riduzione delle potenziali complicanze e sull'educazione alla salute del gruppo familiare non ancora affetto da diabete.

Nel caso del paziente affetto da Bpco, il gruppo interprofessionale ha condiviso come strutturare il Piv<sub>e</sub>c e la necessità di individuare un «*case manager*», condividendo l'individuazione di un infermiere come figura di riferimento per il caso e per tutta l'équipe. La definizione, inoltre, dei bisogni sanitari e di quelli sociali ha permesso al gruppo di definire anche le relazioni tra servizi sanitari e servizi sociali/socio-sanitari per una presa in carico congiunta.

Nella presentazione del caso della persona affetta da scompenso cardiaco, un elemento significativo è stato la condivisione del monitoraggio/rivalutazione periodica della persona assistita. Pur trattandosi di

un tipo di paziente conosciuto e molto frequente, il consenso sulle attività di monitoraggio è un elemento per costruire la relazione del team di cura nella Casa della Salute, superando le tensioni interprofessionali che in questi ultimi anni si sono manifestate più intensamente. È stato somministrato un questionario di gradimento del corso e dei singoli docenti. Il gradimento è stato indagato attraverso i quesiti previsti dalla Commissione nazionale formazione continua (Cnfc) per la formazione Ecm. Hanno risposto ai questionari 101 partecipanti (su 104 professionisti che hanno concluso il corso). La rilevanza dei temi trattati è stata valutata molto rilevante dal 18% dei partecipanti, rilevante dal 44%, abbastanza rilevante dal 22%. La qualità educativa è stata considerata eccellente dal 5% dei partecipanti, ottima dal 49%, soddisfacente dal 28%. La formazione è stata valutata molto utile dal 7% dei partecipanti, utile dal 46% e abbastanza utile dal 29%.

## 7. Conclusioni

La realizzazione delle Case della Salute nell'Azienda Usl di Bologna si inserisce in un quadro di riordino più complessivo che, a partire dalle Cure primarie, coinvolge gli altri dipartimenti territoriali, Salute mentale e Sanità pubblica, e gli ospedali nel loro insieme. La CdS rappresenta l'opportunità di utilizzare un nuovo «strumento» organizzativo, per applicare sistematicamente un approccio ai temi della salute, svincolato da schemi concettuali e organizzativi superati nei nuovi contesti sociali, epidemiologici, tecnologici ed economici: agire proattivamente per individuare precocemente i segni e i sintomi di una patologia per rallentarne il deterioramento, anticipare la diagnosi, prevenire. Tutto ciò richiede un rinnovamento culturale che non si materializza nella costruzione del luogo Casa della Salute (CdS), bensì necessita di essere accompagnato da un percorso formativo che parte dalla concretizzazione di facilitatori della integrazione professionale e organizzativa (104 per le prime 9 CdS) che accompagneranno gli altri operatori di ciascuna struttura nella stessa crescita culturale nel momento della formazione specifica per singola CdS.

Questa prima fase conclusasi a metà del 2013 con l'utilizzo del metodo Pbl ha cercato di bilanciare due istanze principali dei professionisti: la reciproca conoscenza e il riconoscimento dei metodi e degli strumenti propri di ogni professione, con la necessità di creare delle aree di condivisione dei medesimi, per ottemperare alle finalità proprie

**RPS**

Tiziana Lavalle, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana

della Casa della Salute in materia di continuità della cura, di attenzione all'appropriatezza e alla personalizzazione della presa in cura e del percorso di assistenza individualizzato. Si tratta di una buona partenza che conforta rispetto alla capacità del sistema di cura di adattarsi al contesto che richiede risposte più vicine e ovunque competenti e, da parte del sistema professionale, di adattarsi al modello di presa in carico integrata sostenendo la collaborazione tra professionisti che operano nell'ambito delle Case della Salute.

### Riferimenti bibliografici

- Anderson M. F., Pérez L.C., Jones D. e Zafft C., 2011, *Success factors for students transferring into undergraduate engineering degree programs*, Frontiers in education conference (Fie), Ieee, Rapid City, SD.
- Binetti P., De Marinis M.G., 2002, *La prospettiva pedagogica nella facoltà di medicina*, Società Editrice Universo, Roma.
- Bodenheimer T., Lorig K., Holman H. e al., 2002, *Patient self-management of chronic disease in primary care*, «Jama», 288(19), pp. 2469-75, 20 novembre.
- Coleman M.T. e Newton K.S., 2005, *Supporting self-management in patients with chronic illness*, «Am Fam Physician», vol. 72(8), pp. 1503-10, 15 ottobre.
- Grainger K., Atkinson K. e Coupland N., 1990, *Responding to the elderly: Troubles-talk in the caring context*, in Giles H., Coupland N. e Wiemann J. a cura di, *Communication health and the elderly*, Manchester University Press, Manchester, pp. 192-212.
- Jason M., Satterfield J.M., Spring B., Bronwnson R.C., Mullen E.J., Newhouse R.P., Walker B.B. e Whitlock E.P., 2009, *Toward a Transdisciplinary Model of Evidence-Based Practice*, «The Milbank Quarterly», vol. 87, n. 2, pp. 368-390.
- Lee V., Kennedy A., Rogers A., 2006, *Implementing and managing self-management skills training within primary care organisations: a national survey of the expert patients programme within its pilot phase*, «Implementation Science», n. 1, p. 6, 23 febbraio.
- Lorig K.R., Ritter P., Stewart A.L. e al., 2001, *Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes*, «Med Care», vol. 39(11), pp.1217-23, novembre.
- Lorig K.R., Sobel D.S., Stewart A.L. e al., 1999, *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial*, «Med Care», vol. 37(1), pp. 5-14, gennaio.
- Marmot M., Friel S., Houweling T.A.J. e Taylor S., 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health on behalf of the Commission on Social Determinants of Health*, «The Lancet», vol. 372, n. 9650, pp. 1661-1669.
- Marton F. e SaljoR., 1976, *On qualitative differences in learning: I. Outcome and process*, «British Journal of Educational Psychology», n. 46, pp. 4-11.

- Nuti S. e Vainieri M. a cura di, 2009, *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, Edizioni Ets, Pisa.
- Saljo R., 1981, *Learning approach and outcome: Some empirical observations*, «Instructional Science», n. 10, pp. 47-65.
- Starfield B., Chang H.-Y., Lemke K.W. e Weiner J.P., 2009, *Ambulatory specialist use by non hospitalized patients in US health plans*, «Journal of Ambulatory Care Management», vol. 32 (3), pp. 215-225.
- Taylor S., 1997, *Educational policy and the politics of change*, Routledge, Londra e New York.
- Vico GB, *De antiquissima Italorum sapientia*, in Cristofolini P. a cura di, 1971, *Opere filosofiche*, Firenze, Sansoni.
- Zannini L., 2005, *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*, Guerini e Associati, Milano.

RPS

Tiziana Lavalle, Mara Morini, Massimo Annicchiarico e Francesco Ripa di Meana



## Lavorare per il diritto alla salute

**Cecilia Taranto**

*Partendo dal presupposto che la qualità dei servizi si fonda sul riconoscimento della cruciale importanza del lavoro umano nel campo socio-assistenziale, il contributo evidenzia come, anche in virtù dei tagli lineari degli ultimi anni, la qualità del lavoro è stata seriamente condizionata dalla carenza di personale e dalla crescita*

*del precariato. Ribadisce inoltre la necessità di valorizzare le professioni e di investire per creare occupazione, nonché rimarca l'urgenza di ripensare gli attuali sistemi contrattuali a favore di contratti di filiera e di settore e di riorganizzare e riqualificare i servizi mediante una vera e propria governance partecipativa.*

### *1. Qualità del lavoro è qualità dei servizi*

Lavorare per la salute e la cura delle persone, fino a salvare vite, è una grande responsabilità, non sempre riconosciuta e valorizzata come si dovrebbe.

Nel campo sanitario e socio assistenziale il lavoro è fatto di competenze professionali e «gesti tecnici» ma se non vi è capacità di relazioni umane e di sensibilità verso le persone, non c'è qualità nell'assistenza. L'assistenza in campo sociale e sanitario si fonda sul lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazione professionale delle lavoratrici e dei lavoratori.

Nel vasto e articolato «sistema socio-sanitario» tantissime lavoratrici e lavoratori operano con serietà e dedizione: sono una delle risorse più preziose che il nostro paese possiede. Nei servizi sociali e socio-sanitari si trovano le più disparate tipologie di lavoro: dai dipendenti di servizi pubblici a quelli delle imprese private (profit e non profit), fino ai soci lavoratori delle cooperative e alle «badanti». Soprattutto negli ultimi anni, anche in forza di tagli lineari al finanziamento della sanità e dell'assistenza sociale, la qualità del lavoro è stata seriamente condizionata dalla carenza di personale e dai conseguenti sovraccarichi di orario e di lavoro e dalla crescita del precariato. Qui la «flessibilità» del/nel lavoro ha pervaso ogni segmento del sistema dei servizi: il fenomeno del badantato ne è l'espressione estrema.

Il «Jobs Act» approvato dal Governo finisce per aggravare questa situazione, estendendo e «legalizzando» forme di precarietà e sottotutela anziché estendere, seppur progressivamente, stabilità e regolarità del lavoro. La carenza di personale, nonostante lo sforzo degli operatori, peggiora la qualità dei servizi offerti ai cittadini: nel Sistema sanitario nazionale (Ssn) mancano oltre 40 mila infermieri, migliaia di operatori di assistenza, ma anche tecnici sanitari; e professionalità nei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria (SerT, Salute mentale, ecc.). Anche la presenza di soggetti privati, in alcune Regioni relevantissima, segnala l'esigenza di ristabilire un governo del servizio pubblico, il pieno rispetto degli standard e dei contratti di lavoro. Per questo servono accreditamenti rigorosi e un ricorso motivato all'appalto esterno (si pensi al «memorandum sul lavoro pubblico»).

## 2. Regole uniformi nei servizi

Per salvare e restituire ai cittadini il diritto alla tutela della salute e agli operatori il diritto a lavorare in condizioni dignitose sappiamo che bisogna cambiare le politiche di austerità che, in questa lunga crisi, hanno guidato le scelte di politica economica e sociale in Europa e in Italia.

Se da un lato il Servizio sanitario nazionale che, nonostante difetti e debolezze, ha permesso l'accesso alle cure a tante persone che in altri paesi ne sarebbero e ne sono state escluse, dall'altro è l'indicatore dell'emergere di una povertà che porta troppe persone alla rinuncia delle cure per motivi economici. Questa è la ragione per la quale cancellare il sistema dei ticket sanitari è assolutamente indispensabile.

Infatti, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze – e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo – sono ormai noti come fallimentari, mentre il welfare pubblico e universale, per quanto limitato e imperfetto, si è dimostrato un indubbio vantaggio per tutti.

Proprio in tempo di crisi bisogna agire per rafforzare il sistema di welfare sociale e sanitario, con nuovi investimenti: tecnologici, di ricerca, umani e questo in ragione del fatto che il Sistema sanitario pubblico e universale rappresenta un formidabile motore che alimenta sviluppo economico e occupazione.

Solo per questa via è davvero realizzabile un nuovo modello di welfare che risponda ai bisogni di salute, di cure e di protezione sociale considerandoli diritti.

Persistono in Italia differenze tra le aree, disparità di condizioni sociali ed economiche, ma ciò non è sufficiente per spiegare le enormi differenze in campo sanitario, socio-sanitario e sociale che osserviamo tra le Regioni e all'interno delle stesse.

La realtà è che si è creato, nel corso degli ultimi 15 anni, con i diversi sistemi sanitari e sociali regionali, un eccesso di autonomia che è sconfinata nella frammentazione e dove la funzione «guida» dello Stato a garanzia della parità di accessi, di diritti, di prestazioni è progressivamente venuta meno.

Così, però, si rischia di distruggere l'unità del paese nel campo dei diritti sociali. Si creano nuove e inedite sacche di povertà, spostando il peso sulle famiglie che sono già alle prese con gravi e diffusi problemi. Disoccupazione, soprattutto giovanile, bassi salari, invecchiamento della popolazione costituiscono plasticamente l'esempio del dramma nel quale si vive.

Si pensi, ad esempio, al fatto che i Lea (Livelli essenziali di assistenza) sono ancora lontani dall'essere realizzati. Per non dire dei diritti relativi all'assistenza sociale dove la situazione è ancora più grave, devono ancora essere definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

La Cgil da tempo è in campo con le proprie proposte sulla prevenzione, sull'integrazione socio-sanitaria, sulla diversa politica di compartecipazione della spesa, sulla continuità assistenziale nel territorio nelle ventiquattro ore, mettendo mano seriamente al Titolo V della Costituzione. E ora è impegnata con la campagna «Salviamo la Salute».

Dunque è urgente ridefinire il ruolo centrale dello Stato al fine di assicurare un quadro di regole uniformi e uguali per tutti gli attori, siano essi pubblici o privati accreditati, che svolgono funzioni pubbliche.

### *3. Investire per creare lavoro*

I servizi di cura e assistenza alla persona e socio-educativi sono ad alta intensità di lavoro. Nonostante la crisi e i tagli lineari abbiano danneggiato alcuni settori (gli appalti e i subappalti hanno prodotto perdite di posti di lavoro, precarizzazione nei servizi pubblici e, talvolta, sono stati fonti di irregolarità e illegalità), i servizi alla persona hanno contribuito più di altri alla crescita dell'occupazione, come ci ricordano i più recenti rapporti sull'andamento del mercato del lavoro.

Secondo il 1° Rapporto sulla cooperazione in Italia realizzato dal Censis (2013), dal 2007 al 2011 l'occupazione creata dalle cooperative italiane

è aumentata dell'8%. Nello stesso arco di tempo l'occupazione nelle imprese è diminuita del 2,3% mentre il mercato del lavoro nel suo insieme ha perso l'1,2%.

Il settore del non profit nel suo complesso conta sul contributo di 681 mila dipendenti, 270 mila lavoratori esterni, 5 mila lavoratori temporanei e 19 mila lavoratori comandati/distaccati, che si aggiungono ai volontari (4,7 milioni), ai religiosi (40 mila) e ai giovani del servizio civile (19 mila).

Il censimento Istat (2013) ha rilevato nel 2011, rispetto al 2001, una crescita del personale impiegato pari al 39,4%. A trainare questo andamento positivo del non profit è stata in particolare la cooperazione sociale, che ha registrato tra il 2007 e il 2011 una crescita degli addetti del 17,3%. Le cooperative sociali attive sono 11.264. Rispetto alla rilevazione del 2003 il loro numero è quasi raddoppiato (+98,5%).

Si tratta di un'occupazione che, se adeguatamente sostenuta, può crescere di più e meglio. Troppo spesso qui il lavoro è «povero» e precario. Deve ottenere più valore e solidità, ne va della qualità dei servizi.

Una vera riqualificazione del welfare socio-sanitario è possibile solo valorizzando e riconoscendo il lavoro e il diritto a rinnovare i contratti (fermi da cinque anni!), superando le precarietà e i dumping tra settori e professioni.

### *3.1. Gli occupati dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali*

La categoria professionale più rappresentata nel sistema dei servizi socio-sanitari, con il 27,5% dei lavoratori retribuiti, sono le professioni tecniche: professioni sanitarie infermieristiche, fisioterapisti, mediatori interculturali, educatori, tecnici di laboratorio ecc. Seguono le professioni qualificate nei servizi, con il 24,1%: operatori socio-sanitari, assistenti socio-assistenziali e assistenti domiciliari, addetti alla sorveglianza di bambini, ecc. Le professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione sono il 17,9%; le professioni non qualificate (collaboratori scolastici, portantini, addetti alle pulizie, operatori ecologici, ecc.) il 13,8%, le professioni esecutive nel lavoro d'ufficio l'11,4%. Il 67% di questa forza lavoro sono donne, in particolare nell'istruzione, nei servizi per lungodegenti e nell'assistenza sociale (Fp Cgil su Ministero della Salute, 2014a).

Nel Ssn (direttamente e in «convenzione») e nel sistema socio-sanitario «allargato» (tab. 1) operano circa 1 milione e mezzo di addetti.

Tabella 1 - Addetti Ssn (diretto e indiretto)

|                                                     | Numero addetti Ssn<br>(diretto e indiretto) |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Strutture Pubbliche                                 | 715.992                                     |
| di cui:                                             |                                             |
| <i>a tempo indeterminato</i>                        | 665.031                                     |
| <i>con rapporto di lavoro flessibile (precario)</i> | 34.125                                      |
| <i>personale universitario</i>                      | 16.836                                      |
| Convenzioni Medicina di Base ed ex Sumai, e altri   | 80.472                                      |
| Strutture private «convenzionate»                   | 101.680                                     |
| Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78                 | 23.888                                      |
| Totale                                              | 922.032                                     |

Fonte: Elaborazione Fp Cgil su Ministero della Salute, 2014a, 2014b.

|                                                                                                             |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Altre strutture private socio-sanitarie «convenzionate»<br>(spesa totalmente o parzialmente % a carico Ssn) | 496.000 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

Fonte: Elaborazione Fp Cgil su Rapporto biennale pari opportunità, Rapporti istituzionali associazioni datoriali, Enti bilaterali.

A questi si aggiungono gli operatori della «filiera» della salute: appalti, fornitura di beni e servizi, ecc. Nel settore della farmaceutica operano oltre 70.000 addetti (Farmindustria, 2014), in quello dei dispositivi medici quasi 54.000 (Centro studi Assobiomedica, 2014). La «filiera della salute» è, ma potrebbe esserlo ancor di più, un formidabile motore per creare occupazione nel nostro paese. Infatti il nostro welfare socio-sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: il rapporto dipendenti pubblici per 100 abitanti è sceso al di sotto della media Ue e, a parità di spesa socio-sanitaria procapite, il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi Ue (tab. 2). Inoltre il personale sta rapidamente invecchiando (ad esempio, il personale infermieristico collocato nella fascia di età tra i 50 e i 60 anni rappresenta il 26,51%; oltre i 60 anni il 2,01%).

Con 3,9 medici ogni mille abitanti l'Italia si colloca sopra la media Ocse di 3,2 medici, al contrario risulta sotto la media sia per il numero di infermieri, 6,4 ogni mille abitanti, contro gli 8,8 della media Ocse. Esiste quindi un gap occupazionale che può e deve essere colmato. Naturalmente ciò prevede investimenti.

*Tabella 2 - Output occupazionale del settore sanitario (pubblico e privato) in alcuni paesi europei (2010)*

| Stati       | Spesa sanitaria per occupato (euro) | Occupati per ogni milione di euro speso | Spesa sanitaria per abitante (euro) | Occupati in sanità ogni 1.000 abitanti |
|-------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| Austria     | 117.288,4                           | 8,5                                     | 3.761,5                             | 32,1                                   |
| Belgio      | 122.525,3                           | 8,2                                     | 3.515,3                             | 28,7                                   |
| Danimarca   | 139.674,4                           | 7,2                                     | 4.852,9                             | 34,7                                   |
| Finlandia   | 89.897,4                            | 11,1                                    | 3.007,0                             | 33,4                                   |
| Francia     | 130.606,8                           | 7,7                                     | 3.563,4                             | 27,3                                   |
| Germania    | 103.728,9                           | 9,6                                     | 3.539,7                             | 34,1                                   |
| Grecia      | 111.473,2                           | 9,0                                     | 2.051,0                             | 18,4                                   |
| Italia      | 122.296,6                           | 8,2                                     | 2.445,3                             | 20,0                                   |
| Norvegia    | 141.127,3                           | 7,1                                     | 6.164,3                             | 43,7                                   |
| Paesi Bassi | 116.743,3                           | 8,6                                     | 4.226,9                             | 36,2                                   |
| Portogallo  | 93.381,1                            | 10,7                                    | 1.785,5                             | 19,1                                   |
| Regno Unito | 78.992,3                            | 12,7                                    | 2.646,0                             | 33,5                                   |
| Spagna      | 110.518,9                           | 9,0                                     | 2.166,7                             | 19,6                                   |
| Svezia      | 106.461,6                           | 9,4                                     | 3.589,1                             | 33,7                                   |
| Svizzera    | 167.597,4                           | 6,0                                     | 6.145,7                             | 36,7                                   |

Fonte: elaborazione Fondazione «Zancan» su dati Eurostat e Who.

È quello che la Cgil ha proposto con il Piano per il Lavoro, e che nel welfare socio-sanitario, in estrema sintesi, deve prevedere:

- finanziamenti adeguati sia in campo sanitario che per le politiche sociali (entrambi al di sotto della media Ue e Ocse);
- lo sblocco progressivo del turn-over, indirizzando le assunzioni per far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro Ssn e nel sociale;
- la stabilizzazione dei precari, che spesso assicurano i Lea in servizi essenziali (dal Pronto soccorso al Centro di salute mentale). Il testo del d.p.c.m. concordato con il Ministero della Salute lo scorso dicembre 2013 a seguito del d.l. 101/2013, prevedeva la stabilizzazione, nel limite massimo del 50% delle risorse disponibili per gli anni dal 2013 al 2016, per coloro che avessero già maturato almeno tre anni negli ultimi 5. Il nuovo testo, a seguito dei rilievi del Ministero dell'Economia e del Dipartimento della Funzione pubblica non costituisce più la soluzione ma anzi è diventato il problema da superare e un ostacolo alla stabilizzazione mettendo a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. È quanto mai urgente individuare ulteriori soluzioni che salvaguardino non solo i lavoratori a tempo determinato ma anche tutte le altre tipologie di lavoro flessibile presenti nel Ssn;

- precise misure a garanzia dell'occupazione, riferita alle strutture, pubbliche e private operanti nell'ambito del Ssn e nel sociale che subiscono «crisi», con un progetto di tutela occupazionale: ricollocazione all'interno dei servizi ospedalieri qualora gli standard di personale siano carenti, oppure per la riconversione dei servizi verso la prevenzione e l'assistenza nel territorio (Case della Salute, assistenza domiciliare, ecc). Ciò implica un grande Patto per la tutela dell'occupazione e dei servizi che coinvolge Governo, Conferenza delle Regioni e parti sociali (sindacato e associazioni delle imprese). La Cgil ha da tempo lanciato l'allarme e denunciato la necessità di un sistema di ammortizzatori sociali inclusivo. Oggi, tempo di «crisi» anche nei settori pubblici e privati del socio-sanitario assistenziale, ciò non è più rinviabile. L'inclusione deve avvenire attraverso un sistema pubblico e universale senza differenze tra lavoratori e settori di attività, dimensione di azienda, collocazione territoriale, tipologia di lavoro. La cassa integrazione in deroga non può più rappresentare la soluzione alle crisi aziendali, è necessario assicurare strutturalmente l'inclusione al sistema generale anche a chi oggi è privo di tutele;
- la riconversione dei servizi, produttiva e professionale, per potenziare la prevenzione e l'assistenza integrata sociale (oggi sottodimensionata e addirittura assente in alcune regioni), elevando così lo standard di questi servizi (soprattutto in alcune Regioni, con un vero e proprio percorso di convergenza). L'assistenza territoriale integrata socio-sanitaria costituisce un volano per creare nuova e qualificata occupazione. Qui servono anche soluzioni contrattuali per il personale (di tipo salariale e di «carriera» professionale) che incentivino le riconversione «ospedale/territorio»;
- la riconversione, parziale e progressiva, della spesa sociale per trasferimenti monetari in servizi esigibili al fine di creare nuovi posti di lavoro;
- un accordo che fissi regole universali per appalti e accreditamenti con precise clausole di salvaguardia sociale e occupazionale a garanzia dei diritti, compresa la continuità del lavoro (verso contratti di settore), riconoscendo e regolando anche il lavoro di cura delle assistenti familiari;
- orientare e qualificare l'offerta di lavoro:
  - con una migliore programmazione, negli accordi Stato-Regione, dei fabbisogni di personale nei servizi socio-sanitari, riequilibrando il rapporto tra le professioni in base alle carenze legate alle

- prevalenti necessità assistenziali dei cittadini (es. cronicità, non autosufficienza);
- disciplinando ed elevando la formazione, migliorando i trattamenti contrattuali (retribuzione e status, ecc.) degli addetti al lavoro di cura nei servizi alla persona (es. assistenti familiari), considerando come relazionare queste/i lavoratrici/lavoratori alla rete dei servizi.

#### 4. *Valorizzare le professioni*

La «costruzione» di figure professionali adeguate ai variegati e mutevoli fabbisogni del sistema socio-sanitario e l'aggiornamento continuo delle professionalità (e delle stesse figure professionali) sono essenziali per assicurare servizi e prestazioni di qualità.

Nel secolo scorso si sono succedute due generazioni di riforme educative per la formazione del personale sanitario: la prima, all'inizio del secolo scorso, quando i percorsi formativi furono basati sulla scienza; la seconda, intorno alla metà del secolo, quando furono introdotte innovazioni pedagogiche orientate su problemi e discipline. Ma allora è lecito chiedersi cosa fare domani?

Le prossime generazioni di studenti dovranno avere la capacità di gestire grandi quantità di informazioni e di estrarre, sintetizzando, ciò che è necessario per prendere decisioni sulla base della centralità della persona.

Vanno adottati percorsi per nuovi professionisti in formazione, che siano basati sulle competenze adattate ai contesti, per rispondere alle necessità che cambiano rapidamente piuttosto che rimanere dominati da percorsi statici, per definire un'educazione interprofessionale e trans professionale che sviluppi a sua volta le relazioni di collaborazione e non le relazioni gerarchiche.

È necessario un intervento relativo alla priorità del riconoscimento del valore delle professioni, che ci auguriamo possa arrivare anzitutto dalla «cabina di regia», concordata con il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni, e che preveda la partecipazione delle organizzazioni sindacali.

La decisione di istituire un percorso universitario per i professionisti sanitari, adottata con il nostro consenso dagli anni '90, rappresenta il motore di un cambiamento che oggi deve essere capitalizzato, riaffermando, prima di tutto, un modello standard di funzionamento, as-

sicurando quindi il personale necessario ai servizi, e le possibilità di condividere, fermo restando la responsabilità della diagnosi e della cura al medico, la presa in carico delle persone da parte dei professionisti sanitari.

Ci domandiamo, ad esempio, che senso abbia far ricadere sul medico la vaccinazione quando è possibile liberarlo da questa incombenza, affidandola a professionisti che sono già in grado di farlo. Tutto ciò potrebbe garantire una visita medica in più a vantaggio dei cittadini.

Del resto i sistemi organizzativi in Italia sono molto diversi fra loro nonostante vi siano leggi che già propongono modelli più evoluti. A partire dalla legge 251/2000 (disciplina delle professioni sanitarie) che ha trovato attuazione solo in alcune Regioni.

### *5. Regole condivise e un nuovo sistema contrattuale: dagli appalti ai servizi socio-sanitari privati*

Alla base di tutto resta però l'urgenza di una nuova disciplina dei sistemi di accreditamento, di appalto e di convenzione.

Ciò che sta accadendo produce lavoro povero con il rischio di una progressiva dequalificazione del sistema. Gran parte delle Regioni e dei Comuni ritengono possibile l'accreditamento, l'appalto, la convenzione con soggetti che non rispettano i contratti nazionali di lavoro di riferimento.

Si sta determinando una rincorsa selvaggia al contratto di lavoro più povero. In assenza di una legge sulla rappresentanza sono stati sottoscritti contratti nazionali di lavoro che hanno previsto il peggioramento delle condizioni salariali e normative da parte di organizzazioni che potremmo definire fantasma.

Gli attuali sistemi contrattuali vanno ripensati profondamente, nei contenuti e, soprattutto, nell'inderogabile necessità di ridurre il numero.

Non si tratta di pensare, come sembrerebbe fare l'attuale governo, ad un modello contrattuale centralistico e dirigistico, con regole decrescenti e standardizzate, come se lavorare all'anagrafe di un Comune fosse la stessa cosa che lavorare in un centro trapianti.

La scelta di un profondo cambiamento al quale siamo interessati riguarda innanzi tutto il campo di applicazione del Ccnl. Dal nostro punto di vista è infatti necessario rimettere insieme i lavoratori e le lavoratrici impegnati nello svolgimento di funzioni pubbliche (finan-

RPS

Cecilia Taranto

ziate interamente da risorse pubbliche anche quando gestite in forma privatistica). È per questa ragione che parliamo di contratti di filiera e di settore. Ciò appare fondamentale per il governo dell'intero processo «produttivo» e determina la possibilità concreta di reciproca contaminazione sulle buone prassi. È infatti fuori discussione che tanto il soggetto pubblico quanto quello privato hanno l'obbligo di elevare, la qualità e la quantità delle prestazioni e al tempo stesso di ottimizzare e razionalizzare la gestione delle risorse (umane e finanziarie). Ecco perché la proposta di riformulazione dei campi di applicazione che prevede la corresponsabilizzazione del pubblico e del privato sulla definizione delle aree contrattuali. La nuova distinzione opererebbe quindi una riunificazione del contratto sanità pubblica e sanità privata sulla base delle effettive prestazioni richieste. Da qui la distinzione fra:

- Area sanitaria: dove la normativa nazionale si dovrà incaricare di definire gli standard minimi di servizio alle Regioni, le quali potranno individuare modelli alternativi di funzionamento solo se autorizzate da una commissione nazionale,
- Area socio-sanitaria o dell'integrazione: anche in questo caso convivono nell'area esperienze molto distanti. Ad esempio la riabilitazione e il ricovero in Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) per persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti è gestita quasi completamente da soggetti privati.

Gli elementi principali e comuni afferenti le aree come sopra indicate, devono caratterizzarsi con il progressivo superamento delle differenze di inquadramento contrattuale, per addivenire al riconoscimento della stessa retribuzione a parità di lavoro e di professionalità, nonché continuare nel processo di omogeneizzazione dei diritti.

### *6. Più potere ai lavoratori e più spazio alla contrattazione*

Il funzionamento dei servizi e la loro riorganizzazione e riqualificazione, per avere successo, devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione, nella quale si eserciti, accanto a quella doverosa delle istituzioni, la responsabilità degli operatori, dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Questo significa avere sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa. Una vera e propria governance partecipativa che arricchisce il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini.

Questa scelta è ancor più decisiva se vogliamo uscire dalla crisi con un paese più coeso.

Le nostre proposte sono semplici e chiare (e si basano su esperienze concrete):

1. istituire una sede permanente di confronto nazionale e in tutte le Regioni sul Patto per la Salute e per un Patto per il Sociale;
2. trasformare le Aziende sanitarie locali (Asl) – oggi verticistiche e monocratiche – in Aziende sanitarie di comunità (Asac) con organismi agili di consultazione e di verifica delle direzioni generali, che coinvolgano operatori e cittadini;
3. istituire l'Assemblea della Salute (che coinvolga Asl e relativi Comuni), rappresentanza dei cittadini, dei lavoratori, che si riunisce sugli atti di programmazione e può dare una valutazione sull'Asl, della quale la Regione tiene conto nel giudizio sulla direzione generale.

Come si evince, la necessità di addivenire a una profonda riforma della organizzazione e disciplina dei servizi pubblici e del mondo del lavoro che in questi campi è impegnato è la nostra priorità. Un obiettivo da raggiungere in fretta per frenare la deriva neoliberista che punta a ridurre tutti gli spazi pubblici. Le attuali difficoltà non discendono infatti solo dalla profondità della crisi economica. Molto c'era da fare prima della crisi, molto di più si deve fare oggi. Anche per questa ragione il rinnovo dei contratti pubblici, e la loro riforma, rappresenta lo strumento principale per raggiungere l'obiettivo. Proprio le scelte degli ultimi anni hanno dimostrato che le decisioni unilaterali e dirigistiche non sono destinate a produrre efficienza e qualità dei servizi. Le condizioni dei lavoratori e delle lavoratrici in questi anni sono drasticamente peggiorate, sia nel pubblico che nel privato, insieme alla qualità e alla quantità delle prestazioni. Il sindacato è pronto alla sfida.

**RPS**

Cecilia Taranto

### Riferimenti bibliografici

Censis, 2013, *1° Rapporto sulla cooperazione in Italia*, «Note e Commenti», n. 5/6, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.censis.it/14?shadow\\_ricerca=118861](http://www.censis.it/14?shadow_ricerca=118861).

Istat, 2013, *9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni non profit. Primi risultati*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.istat.it/it/files/2013/07/Fascicolo\\_CIS\\_PrimiRisultati\\_completo.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/07/Fascicolo_CIS_PrimiRisultati_completo.pdf).

Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema informativo e statistico sanitario e Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del Ssn, 2014a, *Il personale del sistema sanitario italiano anno 2011*, 23 luglio, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2191\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2191_allegato.pdf).

Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, 2014b, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*, 18 dicembre, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2258\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2258_allegato.pdf).

Farindustria, 2014, *Il mercato del lavoro nel 2011 nel settore chimico e farmaceutico*.

Centro studi Assobiomedica (Csa), 2014, *Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia – Rapporto 2014*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.assobiomedica.it/static/upload/ass/0000/assobiomedica-pr-2014.pdf>.

## Quale futuro per la non autosufficienza

**Ivan Pedretti**

*Il contributo riflette sul tema della non autosufficienza rimarcando come malgrado gli impegni assunti dai diversi Governi che si sono avvicendati nell'ultimo decennio, non vi sia stata nessuna azione di rilievo per affrontare compiutamente il problema dell'invecchiamento della popolazione e le conseguenze delle sue patologie. In Italia si è intervenuti con trasferimenti monetari anziché investire in servizi sociali e di comunità, aprendo di fatto la strada a risposte assicurative private. Si sottolinea invece la necessità di puntare sulla crescita della*

*responsabilità pubblica e su una programmazione economica e produttiva in grado di rispondere ai nuovi bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione, nonché l'importanza di avviare una fase di confronto tra le parti sociali e le istituzioni per ridefinire il ruolo, le funzioni, gli inquadramenti professionali, la formazione degli operatori nei servizi, di una governance tra le funzioni dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali e quelle private al fine di rendere più efficace ed efficiente il servizio alle prestazioni sociali.*

RPS

### 1. Una questione irrisolta

La risposta alla questione della non autosufficienza è ancora un problema che attraversa il nostro paese e buona parte dell'Europa. Nonostante il susseguirsi degli impegni dei diversi Governi che si sono avvicendati in questo ultimo decennio, non vi è stata nessuna azione di rilievo per affrontare compiutamente il problema sociale dell'invecchiamento della popolazione e la conseguenza delle sue patologie. Per affrontare meglio il tema della non autosufficienza è opportuno fornire alcuni dati.

In Italia sono più di 4 milioni i cittadini non autosufficienti e oltre la metà sono anziani. Di questi il 18,5% hanno una età superiore ai 65 anni e sono totalmente non autosufficienti per almeno in una delle funzioni essenziali della vita quotidiana<sup>1</sup>.

Dalle ultime rilevazioni del Ministero della Salute, oggi la spesa per le

<sup>1</sup> Istat, Indagine Multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-20005».

cure e l'assistenza legata alla non autosufficienza è di circa 20 miliardi di euro, inoltre bisogna sottolineare che quella italiana è una popolazione sempre più anziana e, considerato che è in aumento il progressivo invecchiamento della cittadinanza, il problema è come affrontare, oggi e domani, questa criticità.

Ora proviamo ad analizzare l'impatto che l'allungamento della vita ha sulla salute, sulla società e sul sistema sanitario in termini di servizi, di assistenza e di costi.

Il problema può essere analizzato considerando tre punti essenziali:

- *medico*: perché l'aumento dell'età media delle persone comporta ovviamente la prevalenza dell'aumento di malattie croniche su quelle acute;
- *comportamentale*: perché sia l'ambiente che gli stili di vita dovrebbero concorrere ad un corretto invecchiamento e, quindi, buone abitudini alimentari, giusta attività fisica e prevenzione sono alla base del vivere in buona salute in tutto l'arco della vita;
- *assistenziale*: perché il numero crescente di anziani comporta, per il Sistema sanitario nazionale (Ssn) e per quello sociale, interventi a carattere strutturale sia in materia sanitaria che assistenziale, con costi rilevanti sia per il sistema che per le famiglie.

A tale riferimento bisogna fare una considerazione molto amara perché la medicina di territorio, nel nostro paese, non è ancora decollata, nonostante in alcune aree territoriali ci siano esperienze positive e molto interessanti. Questa insipienza politica e istituzionale fa sì che ci siano ricadute negative sull'assistenza domiciliare per i non autosufficienti e per le famiglie che in questa assenza di governo si devono sobbarcare le insufficienze del servizio pubblico, rivolgendosi sempre più a soggetti privati.

La situazione è particolarmente drammatica se si considera che i Governi che si sono succeduti in questi ultimi anni ed il Governo Renzi oggi non hanno dato prova di serietà e responsabilità. L'ultima manovra finanziaria anche se corregge il finanziamento per il Fondo della non autosufficienza portandolo a 400 milioni non affronta seriamente la gravità che essa comporta per il paese e per i cittadini che incorrono in questa grave patologia sociale. Tanto è vero che dopo il 2008 tutte le manovre economiche hanno praticato tagli lineari alla spesa sociale e diminuito i trasferimenti agli Enti locali, con la conseguente riduzione delle risorse destinate alle politiche sociali, e infatti ci sono stati significativi provvedimenti di riduzione delle prestazioni sociali, come si può evincere dalla tabella 1.

Tabella 1- Implicazioni delle manovre 2008-2012 per i Comuni

|                                          |                                                                                                                                |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manovra estiva 2008<br>(d.l. 112/2008)   | Miglioramento saldo Psi (Patto di stabilità interno/indebitamento) per 2,5 mld per ciascun anno tra il 2011 e il 2014          |
| Manovra economica<br>2010 (d.l. 78/2010) | Taglio ai trasferimenti per 1,5 mld nel 2011 e 2,5 mld per ciascun anno tra il 2012 e il 2014                                  |
| Manovre estive 2011<br>(d.l. 138/2011)   | Miglioramento saldo Psi per 1,2 mld per il 2012, 2 mld per il 2013 e 2 mld per il 2014                                         |
| Legge stabilità 2012                     | Alleggerimento obiettivi Psi per 520 milioni                                                                                   |
| «Salva Italia»                           | Riduzione trasferimenti erariali su fondo riequilibrio per 1,45 mld (in proporzione all'Imu) dal 2012                          |
| Spending review                          | Riduzione trasferimenti su Fondo riequilibrio-perequativo per 0,5 mld nel 2012 e 2,5 nel 2013 e nel 2014, 2,6 milioni nel 2015 |
| Legge stabilità 2013                     | Alleggerimento dei tagli ai trasferimenti per 250 milioni                                                                      |

RPS

Ivan Pedretti

## 2. Le (mancate) risorse per la non autosufficienza

Il tema delle risorse da destinare alla non autosufficienza anima da tempo l'agenda di tecnici e politici. Il fatto che dopo innumerevoli dibattiti, convegni, riflessioni e proposte non sia ancora maturata una soluzione lascia intendere che attorno a questo problema esistano rigidità e vincoli al cambiamento complessi da gestire.

Le problematiche riguardanti la non autosufficienza vengono da lontano e precisamente a partire dagli anni '90; diversi paesi europei ritennero che bisognava rivedere la normativa per poter dare delle risposte più adeguate. Risposte che dovevano tener conto della sempre crescente domanda di assistenza continuativa (long-term care o assistenza agli anziani non autosufficienti), aumentata dall'invecchiamento della popolazione. Tale evoluzione ha reso inderogabile l'attuazione di politiche volte ad affrontare l'incognita della non autosufficienza.

Ovviamente questo impulso a trovare forme di risoluzione ad una sempre più crescente domanda di interventi non ha riguardato da subito il nostro paese che, sull'argomento, non ha dimostrato adeguata attenzione, tant'è che nonostante alcuni deboli tentativi di scarso esito, non ha prodotto e quindi non ha attivato nessuna riforma organica di assistenza continuativa per i non autosufficienti, anzi possiamo affermare che la tendenza più forte nell'ultimo decennio è stata la diffusione di prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento e assegni di cura, badantato) lasciando insoluto il tema tra chi desidera riformare il sistema di assistenza e chi invece non lo ritiene possibile, aprendo la strada di fatto a risposte assicurative private.

Pur tuttavia è quanto mai indispensabile agire concretamente in questo settore per uscire dall'incertezza di uno stato di disagio e riequilibrare la distribuzione dell'assistenza che vede la famiglia quale soggetto che si fa prevalentemente carico del problema perché resta residuale l'intervento pubblico.

Infatti l'assistenza ad un malato con grave disabilità incide sul bilancio familiare nella misura del 48% tra remunerazioni a badanti o rette in residenze; mentre la restante quota è suddivisa tra vari soggetti pubblici quali lo Stato, per il finanziamento dell'indennità di accompagnamento, e i Comuni e le Asl per l'erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali spesso attraverso strumenti monetari.

Il nostro welfare territoriale però non beneficia di un sistema di finanziamento definito ma comprende una serie di risorse comunali, regionali e statali destinate a questo settore; ma queste ultime dipendono dalle decisioni annuali di finanza pubblica e dalle priorità che i Governi di volta in volta individuano.

Dal 2008 al 2011 i fondi sono stati drasticamente falciati nella misura del 30-40%. Già a partire dal 2007 l'esecutivo di allora interruppe il sostegno economico agli enti locali, anche se di modesta entità, per gli interventi che gli stessi dovevano mettere a disposizione per la non autosufficienza.

Infatti rispetto ad un impegno di spesa di milioni 400 nel 2009 e nel 2010, dal 2011 non è stato rifinanziato se non per milioni 100 riservata esclusivamente ai malati di Sla. Si assiste quindi ad una costante diminuzione della responsabilità dello Stato nel finanziamento delle politiche sociali che ha riguardato sia la non autosufficienza ma anche il piano nidi, le politiche giovanili e quelle per le pari opportunità. Nel 2012 i fondi sociali erano sostanzialmente azzerati; nello stesso anno però, con la riprogrammazione dei fondi comunitari, furono destinati milioni 330 per potenziare i servizi a favore degli anziani non autosufficienti delle regioni del Sud. Mentre con la legge di stabilità del 2013 c'è stato un ulteriore taglio: milioni 300 come Fondo nazionale per le politiche sociali di cui 275 per la non autosufficienza. Insomma 60% in meno rispetto al 2008.

Se si esamina lo schema di manovre per gli enti locali nel periodo 2006-2013 si nota come ci sia una situazione generale che vede per ben 5 anni una stretta ai vincoli di bilancio dei Comuni. Per cui la fotografia che appare è la seguente:

- per i finanziamenti settoriali:
  - scomparire il sostegno statale alle politiche sociali locali, oggi rifinanziato parzialmente senza avere alcuna certezza nel medio termine;
  - difficoltà per le Regioni a sostenere con risorse proprie tale sostegno;
  - una crescita molto lenta con un aumento certamente importante nei bilanci comunali ma con una riduzione della spesa negli interventi per gli anziani;
- per la spesa sociale:
  - probabilità di ridimensionamento nella fase attuale;
  - difficoltà di programmazione

Ancora una volta è importantissimo sottolineare quanto peso possa avere la contrattazione sociale nazionale e territoriale effettuata dal sindacato dei pensionati se consideriamo quanto precedentemente detto e, perché chiediamo da tempo, una legge strutturale di livello essenziale sulla non autosufficienza.

Certamente tra i fattori che hanno determinato il controllo della spesa sanitaria ci sono i piani di rientro delle Regioni che se, da una parte, sono serviti a ridurre o eliminare disavanzi, portando importanti benefici sui saldi nazionali, dall'altra, hanno determinato sofferenza nella gestione della sanità locale.

Se si fa un ragionamento, pensando non solo al presente ma anche al futuro, alcune considerazioni sulla non autosufficienza e su come finanziarla vanno fatte:

1. in futuro avremo meno spesa pubblica per l'assistenza agli anziani. Questo scenario, molto inquietante, dipenderà solo dalle scelte politiche nazionali e regionali. Lo Spi (Sindacato pensionati italiani) più volte ha sostenuto che la disponibilità di adeguati stanziamenti per la non autosufficienza dipendono dalle scelte politiche e riguardano la distribuzione di risorse pubbliche tra i diversi settori. Attualmente, secondo dati Eurostat, in Italia la spesa pubblica per l'assistenza agli anziani è del 20% inferiore alla media europea; se poi da questo calcolo escludessimo l'indennità di accompagnamento, la percentuale aumenterebbe considerevolmente soprattutto se si considera che l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari non riesce ad essere la metà della media europea, sia per quanto riguarda i servizi domiciliari che quelli residenziali.

Tutto questo è avvenuto perché i Governi del nostro paese hanno privilegiato i trasferimenti monetari anziché investire in servizi so-

RPS

Ivan Pedretti

ciali e di comunità. Lasciare libero il campo alle assicurazioni private come principale leva di sviluppo significherebbe produrre problemi di equità ed efficienza che, in qualche anno riproporrebbero l'esigenza di rafforzare l'intervento pubblico (facendo, nel frattempo diversi danni). Occorre invece puntare subito sulla crescita della responsabilità pubblica, accompagnandola con la necessaria regolamentazione del sistema assicurativo che deve restare uno strumento supplementare e integrativo a quello pubblico. Pensiamo, dunque, che il tema della sostenibilità delle risorse per affrontare seriamente una riforma della non autosufficienza richiami direttamente il nodo delle scelte politiche. Se si vuole, lo sforzo economico è sostenibile per il bilancio pubblico, tutto dipende dalla posizione occupata dalla non autosufficienza tra le priorità di chi decide e finora, in particolare a livello nazionale, è stata piuttosto bassa.

2. È necessario inoltre pensare ad un'altra idea di sanità e di politiche sociali, riportando la spesa sanitaria verso interventi davvero efficaci e mirati, in modo da ridimensionare l'utilizzo prevalente di semplici prestazioni, favorendo quindi investimenti adeguati nel sistema sociale per la realizzazione di un'assistenza territoriale più moderna e coerente con l'evoluzione della domanda (richiesta di servizi).

La politica ha quindi una grande responsabilità e un grande problema da affrontare: comprendere la centralità dei servizi di comunità per fornire risposte sociali non più procrastinabili, nonché conferire all'intervento pubblico la giusta e adeguata importanza tale da garantire un fondamentale sostegno nell'attività di programmazione, progettazione e ricerca.

Infatti è in gran parte il finanziamento pubblico che può garantire i necessari livelli di assistenza, nello spirito della legge 328/2000, con le azioni del Piano sociale di zona che ha il compito di mettere in relazione i vari soggetti (istituzionali e no) operanti sul territorio, con l'obiettivo di sviluppare e qualificare i servizi socio-sanitari per renderli flessibili e adeguati ai bisogni della popolazione in generale e degli anziani in particolare. Di questi ultimi in particolare perché fra 10 anni ce ne saranno molti di più e ci sarà la necessità di fornire più risposte adeguate ai loro bisogni e più organizzazione nel gestire la domanda che verrà da questa grande parte di popolazione.

Oggi i servizi che li riguardano hanno conosciuto un'espansione modesta rispetto al resto degli interventi sociali dei Comuni che nel tempo è andata sempre più riducendosi e, se consideriamo quanto detto,

c'è da preoccuparsi perché difficilmente i soli interventi locali potranno reggere le dinamiche dell'invecchiamento.

La preoccupazione di un futuro abbastanza grigio ci viene data dalla situazione politica attuale. Ancora una volta, non si è avviata una discussione per definire un regolamento sui nuovi costi standard ospedalieri e per orientare la revisione di spesa dentro un percorso di efficacia ed efficienza che abbatta gli sprechi e utilizzi le risorse recuperate per allargare il sistema dei servizi e delle prestazioni sociali verso i cittadini più bisognosi. Se così non fosse vincerebbe l'idea ormai praticata da tempo dei tagli lineari, delle misure restrittive sui finanziamenti alla sanità e dell'introduzione di nuovi ticket e di successivi tagli al Fondo sanitario.

A pagarne un costo molto alto come sempre sono le persone, gli anziani e le loro famiglie che, già messe a dura prova dalla crisi, devono affrontare i maggiori costi della non autosufficienza e di eventuali aumenti dettati dai ticket. La politica quindi deve decidere come affrontare la spesa sanitaria tenendo in debito conto la tutela del welfare e la difesa delle fasce più deboli.

In tal senso non bisogna dimenticare che la spesa sanitaria, rispetto al Pil, si posiziona al di sotto della media degli altri paesi europei, pertanto se si interviene con ulteriori riduzioni c'è il serio rischio di compromettere i livelli minimi di assistenza.

In questo scenario, è molto importante avviare una fase di confronto tra le parti sociali e le istituzioni per ridefinire il ruolo, le funzioni, gli inquadramenti professionali, la formazione degli operatori nei servizi. In tal senso occorre determinare una programmazione economica e produttiva in grado di rispondere ai nuovi bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione e di conseguenza alla diversa qualità dei servizi da erogare nel territorio.

Se non si avvierà una diversa e nuova fase di governo della salute il rischio sarà quello della concorrenza al massimo ribasso tra le strutture pubbliche e quelle private, riducendo di fatto la qualità del servizio e la funzione dello stesso operatore, mortificato nelle sue funzioni, dalla concorrenza sleale del mercato privato.

Infatti una scarsa qualità dell'assistenza effettuata ad esempio nelle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), a livello di singola struttura, potrebbe virtualmente, provocare maggiori costi per il Servizio sanitario nazionale se non gestita dentro un quadro di riferimento nazionale di rete integrata che abbia definito costi standard e qualità dei servizi.

RPS

Ivan Pedretti

### 3. *L'urgenza di un sistema integrato*

C'è dunque la necessità di una governance tra le funzioni dello Stato, quelle delle Regioni e degli Enti locali e quelle private al fine di rendere più efficace ed efficiente il servizio alle prestazioni sociali, razionalizzando i costi e le competenze dei diversi soggetti.

Siamo di fronte alla concreta esigenza di costruire un sistema a rete dei servizi, della programmazione territoriale, come proposto dalla legge 328/2000, avanzando nella direzione di rendere esplicito il bisogno di progettare, ad ampio spettro, un sistema articolato di tutele nelle quali far trovare le risposte ai diversi portatori di bisogno.

Una rete che affronta il tema della non autosufficienza attraverso il concorrere dello Stato con una legge di livello essenziale con criteri di solidarietà al suo interno tra realtà territoriali più forti e più deboli, con leggi regionali sostenute da diverse fonti di finanziamento:

- finalizzazione della spesa sociale regionale;
- quote provenienti dai Comuni;
- concorso economico da parte delle fondazioni bancarie;
- parte delle entrate da addizionale Irpef regionale;
- concorso economico da parte del sistema assicurativo (fondi contrattuali e privati).

Un sistema integrato capace di rispondere all'invecchiamento della società e al conseguente aumento delle patologie che portano alla crescita della non autosufficienza.

Del resto, l'analisi dell'andamento della disabilità nella popolazione anziana è il principale indicatore di efficienza della prevenzione della disabilità, poiché l'anziano fragile è la persona più a rischio di disabilità.

La medicina e la ricerca hanno ormai chiaramente indicato quali sono le due vie da perseguire per avversare la fragilità tipica delle persone anziane, cioè la prevenzione, da una parte, e la medicina di iniziativa integrata socio-sanitaria indispensabile per assicurare la continuità assistenziale degli anziani fragili, dall'altra.

L'obiettivo di questo impianto è di fornire un'assistenza continuativa, globale e flessibile, in base al percorso assistenziale: la flessibilità diventa peculiarità indispensabile affinché il passaggio fra territorio e struttura ospedaliera avvenga senza interruzioni, garantendo così la qualità e l'incisività dell'intervento.

Come si nota la cura della disabilità necessita di mettere in relazione tutte le forme di assistenza e tutela della persona da quelle familiari, a

quelle delle cosiddette «badanti», a quelle più complesse della domiciliarità integrata, sino all'ultima istanza delle strutture residenziali.

Ogni tassello che riguarda l'intervento sulla fragilità e la non autosufficienza ha una vera efficacia se si interseca con l'insieme delle diverse forme di protezione sociale. Occorre operare con tutti gli strumenti a disposizione come una vera e propria orchestra, il cui direttore non può che essere il soggetto pubblico, il quale deve determinare le linee di programmazione, definire i livelli essenziali, delineare la quantità e la qualità dei soggetti da tutelare, attraverso una costante azione di regia dei diversi soggetti che operano attorno al tema della fragilità delle persone anziane.

Per intervenire seriamente sulla gravità della non autosufficienza c'è bisogno di una vera convinzione politica che faccia della fragilità delle persone anziane un'occasione per riformare davvero il welfare nel nostro paese: dal territorio allo Stato, dallo Stato al territorio.

Occorre un grande progetto di formazione del personale, sia pubblico che privato, dai medici di medicina generale, agli specialisti, agli assistenti sociali, agli infermieri, alle badanti sia straniere che italiane, a tutto il personale delle strutture residenziali, collocandoli tutti insieme in un progetto di protezione sociale che fa della prevenzione una scelta fondamentale del sistema di welfare sociale.

Se così faremo si darà una risposta qualitativa al bisogno determinato dall'invecchiamento della popolazione e al contempo riqualificheremo la professionalità dei lavoratori, dei medici e anche degli stessi lavoratori che operano nei settori privati del sociale.

È questa una grande sfida riformatrice che il sindacato confederale lancia nei confronti del Governo del paese, consapevoli che questa sfida se realizzata porterà non solo benefici verso le persone che stanno male, ma sarà anche fattore di innovazione e di crescita qualitativa dell'occupazione.

RPS

Ivan Pedretti



## «Salviamo la Salute».

### Campagna nazionale promossa dalla Cgil

**Stefano Cecconi e Vera Lamonica**

RPS

«Salviamo la Salute», la campagna di mobilitazione promossa dalla Cgil, ha un titolo volutamente «drammatico»: perché il diritto alla tutela della salute (intesa nel senso autentico di benessere fisico, psichico e sociale e non solo come accesso alle cure) è compromesso dagli effetti della crisi. Crescono impoverimento e disoccupazione, si riducono servizi sociali e sanitari, molte persone rinunciano a curarsi per problemi economici. Effetti negativi «ammortizzati» sin qui dal nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) – come spiegano i primi report della ricerca *Crisalide* di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali). Un Ssn che però fatica sempre di più a reggere e che da solo non può contrastare i determinanti sociali della salute e della malattia: reddito, istruzione, lavoro, ecc.

Ecco perché per salvare – e restituire ai cittadini – il diritto alla tutela della salute bisogna invertire le politiche di austerità di questi anni. E riconoscere il welfare come scelta strategica per la ripresa: un grande investimento capace di garantire diritti e di alimentare la crescita economica e la creazione di posti di lavoro. Da questa idea forte e innovativa di ripresa economica e sociale nasce la campagna di mobilitazione «Salviamo la Salute. Attraversa l'Italia».

«Salviamo la Salute» è partita a settembre, per durare fino a giugno 2015, e si snoda lungo l'intero territorio nazionale, con giornate di mobilitazione in tante città italiane. Servirà a rilanciare le proposte e le iniziative della Cgil sulla contrattazione nell'ambito del welfare socio-sanitario. È pensata proprio per durare nel tempo e per diffondersi ovunque. «Salviamo la Salute» farà tappa in tutte le regioni d'Italia e avrà anche appuntamenti nazionali su «legalità e salute», «basta ticket», «donne e salute», «il valore del lavoro nei servizi alla persona (stop lavoro povero)»; «la filiera della salute fa bene all'economia». Appuntamenti che coinvolgeranno le principali categorie della Cgil. La campagna si chiuderà con una grande assemblea che si terrà a giugno del prossimo anno.

Ma l'impegno della campagna Cgil entra subito nel vivo, a partire dal nuovo Patto per la Salute, da poco sottoscritto da governo e conferenza delle regioni.

Un Patto che abbiamo giudicato come «utile ma non sufficiente». Infatti, sembra finalmente aver messo fine alla stagione dei tagli e però il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è certo solo per il 2014. Per gli anni successivi (2015 e 2016) il finanziamento comincia a crescere (dopo anni di tagli) ma, attenzione, potrà essere ridotto in caso di manovre finanziarie. E poi gli argomenti che il Patto affronta sono titoli ambiziosi ma di un programma tutto da realizzare. Anche perché quella tra governo e regioni è stata una discussione del tutto autoreferenziale, che ha tagliato fuori non solo il sindacato, ma qualunque rappresentanza del sistema, il che ha reso questa discussione per alcuni aspetti anche poco trasparente. Non è solo una rivendicazione di ruolo. Il punto è: se sono vere le affermazioni fatte nel Patto sul sistema che va profondamente riformato, ricostruito, riorganizzato sulla base del punto centrale, ossia la cronicità e la non autosufficienza e quindi la riorganizzazione dei servizi territoriali, per fare questo serve un rapporto positivo con gli operatori del settore e con le grandi rappresentanze sociali. Se questo non c'è, tutto diventa più difficile. E oggi questo rapporto è sostanzialmente assente. Noi lavoreremo perché nella fase d'attuazione del Patto e nei vari atti che a esso dovrebbero seguire, si riapra un confronto. Per questo insistiamo perché Governo e Regioni aprano un grande «cantiere per l'innovazione», che coinvolga sindacato, operatori, cittadini, associazioni sociali. Ed ecco perché la campagna «Salviamo la Salute» seguirà l'attuazione del Patto con mobilitazioni, iniziative e proposte.

La piattaforma di «Salviamo la Salute» prevede un «menù di proposte» per la contrattazione nel campo del welfare socio-sanitario, suddiviso in otto capitoli, che viene adattato e arricchito dalle singole realtà regionali e territoriali.

#### *1) Più forza al welfare universale. I bisogni diventano diritti*

Il primo capitolo ribadisce che il welfare socio-sanitario deve essere «pubblico e universale» se vogliamo che i «bisogni siano riconosciuti come diritti». Per questo bisogna investire risorse e spenderle bene. Insistiamo per garantire un finanziamento adeguato per salute e sociale e contemporaneamente perché si attui una vera spending review. Che è assolutamente necessaria per combattere gli sprechi e spendere meglio, cioè in modo appropriato. Ma, ed è questo il punto cruciale, i

risparmi devono restare nel sistema socio-sanitario e vanno «restituiti ai cittadini con migliori servizi», sia in sanità che nel sociale. Infatti «Salviamo la Salute» non si occupa solo di sanità. Accanto a quello per la salute proponiamo un Patto per il sociale, per una vera integrazione tra diritto alla salute e diritti sociali. Con tre grandi priorità che rispondano alle emergenze sociali del nostro paese: 1) un'urgente misura di contrasto alla povertà; 2) un Piano (e un Fondo) socio-sanitario integrato sulla non autosufficienza; 3) definire i Livelli essenziali delle prestazioni sociali e un progressivo finanziamento per attuarli.

### *2) Lotta alla corruzione, per la trasparenza e l'integrità*

Il secondo capitolo della piattaforma/menu è dedicato alla lotta alla corruzione, per la trasparenza e l'integrità. La corruzione è un danno enorme che non vogliamo più subire. Quando la corruzione colpisce il sistema socio-sanitario non causa solo gravi danni economici ma colpisce il diritto alla salute e alle cure di tutti, ruba fondi destinati ai servizi, all'acquisto di medicinali e all'assistenza. La Cgil tutta è già impegnata nel campo della legalità e della lotta alla corruzione. «Salviamo la Salute» è collegata all'altra campagna Cgil, «Legalità: una svolta per tutte». E sostiene e partecipa alla Rete per l'integrità della campagna «Illuminiamo la Salute». L'impegno dei lavoratori dentro i servizi e fuori con la società civile (associazioni, sindacati, imprese) è decisivo per attuare le norme anticorruzione, per l'integrità e la trasparenza.

### *3) L'Italia unita nei diritti*

Il terzo capitolo ha un titolo emblematico. Qui ci sono proposte per rendere i Livelli essenziali sanitari e sociali uniformi in tutto il paese, cosa che attualmente non è. Il diritto alla tutela della salute e all'assistenza sociale (si pensi alle persone non autosufficienti, ai minori, alla povertà) non è garantito in tutto il paese, soprattutto in alcune Regioni. Quanto previsto dalla nostra Costituzione sui Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) è ancora lontano dall'essere realizzato. Per i diritti relativi all'assistenza sociale la situazione è ancora più grave perché devono ancora essere definiti i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps). Le differenze enormi tra aree del paese sono solo in parte dovute alle disparità di condizioni sociali ed economiche, che condizionano performance ed esiti dei servizi sanitari regionali. In realtà pesano molto le differenti capacità di governo dei sistemi. Ma vi è stato un eccesso di autonomia, che è sconfinata nella frammentazio-

**RPS**

Stefano Cecconi e Vera Iannonica

ne, rischiando di distruggere l'unità del paese nel campo dei diritti sociali. Le proposte riguardano anche i piani di rientro: per passare dall'attuale commissariamento «punitivo» a veri piani di risanamento e di garanzia dei Lea. Con la creazione di una «*task force*» Stato-Regioni che possa intervenire nei territori in difficoltà.

Ma garantire i Lea vuol dire soprattutto rendere facile e veloce l'accesso ai servizi socio sanitari. Perciò proponiamo un piano straordinario: «Salute Semplice e Veloce», che deve diventare una priorità per la stessa riforma della pubblica amministrazione. Sindacato, associazioni dei cittadini e dei consumatori possono collaborare a questa grande opera di «Salute Semplice e Veloce».

#### 4) *Basta ticket*

Il quarto capitolo riguarda i ticket, che ormai sono diventati una vera super tassa sulla malattia. In questi anni i ticket sono aumentati e, anziché favorire appropriatezza, hanno generato iniquità e distorsioni, favorendo consumi privati, o rinunce, come segnala l'ultimo rapporto Agenas sulla compartecipazione, e assicurando sempre meno entrate rispetto alle previsioni (anche a causa degli elevati costi per amministrarli), così che compensarne progressivamente il superamento non sarebbe impresa impossibile. E poi la giungla dei ticket sta creando venti diversi sistemi sanitari regionali. Lungimiranza e coraggio impongono che si discuta, seriamente, su come superare i ticket.

La revisione del sistema di esenzioni sui ticket, per avere una maggiore equità nella compartecipazione, annunciata dal nuovo Patto per la Salute, può essere utile ma è tutta da costruire e da discutere anche con il sindacato che rappresenta milioni di lavoratori e di pensionati. Soprattutto non basta di fronte a milioni di persone che rinunciano a curarsi per l'eccessivo peso della compartecipazione, serve abolire i ticket, con una vera e propria «exit strategy» costruita con tappe graduali e credibili.

#### 5) *Innovare il welfare socio-sanitario: prevenzione, assistenza e cure primarie h24, integrazione tra sanità e sociale*

Nel quinto capitolo abbiamo tre proposte chiare per innovare il welfare socio-sanitario. I bisogni legati all'invecchiamento della popolazione e all'epidemia delle malattie croniche, come viene definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), richiedono:

- 1) più prevenzione e sanità di iniziativa. E qui si pone anche la questione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

- 2) continuità tra ospedale e servizi nel territorio con più assistenza e cure primarie h24 (dalle Case della Salute all'Ospedale di Comunità);
- 3) più integrazione tra sanità e servizi sociali.

Queste innovazioni sono anche un'alternativa indispensabile alla riorganizzazione della rete ospedaliera. La Cgil ha presentato di recente proposte (si veda il documento, *Sanità Assistenza h24*<sup>1</sup>) per potenziare l'assistenza continua nel territorio e per una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi socio-sanitari, individuando un cuore solido e concreto in strutture pubbliche come le Case della Salute. Abbiamo detto che nell'interesse dei cittadini, è tempo di cambiare, non sono più ammesse resistenze corporative.

*6) Qualità del lavoro è qualità dei servizi per i cittadini*

Una vera riorganizzazione, «è possibile solo valorizzando il lavoro». Ecco perché uno specifico capitolo è dedicato al lavoro: al rapporto strettissimo che esiste tra la qualità del lavoro e quella dei servizi per i cittadini. Per questo proponiamo un Piano per il Lavoro nel welfare socio-sanitario, fondato su il rinnovo dei contratti e il diritto a contrattare, lo sblocco del turn-over per garantire i Livelli essenziali di assistenza, la stabilizzazione dei precari. E poi precise misure a garanzia dell'occupazione, con progetti di reinserimento dei lavoratori. Infine, la proposta di un accordo quadro nei settori socio-sanitari, socio-assistenziali e dei settori collegati, per regole essenziali e universali con clausole di salvaguardia per appalti e convenzioni. Per qualificare così un lavoro troppo spesso «povero» e precario, riconoscendo diritti e professionalità (compreso il lavoro di cura delle assistenti familiari: che sono oltre 1 milione!) a chi si occupa di servizi delicatissimi per la vita delle persone.

*7) Il welfare fa bene all'economia e all'occupazione*

Un capitolo della piattaforma è dedicato all'impatto economico della cosiddetta «filiera della salute». Oltre a garantire il diritto alla salute e alle cure, il welfare socio-sanitario è un eccellente investimento economico. Il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del Pil. A cui va aggiunto il settore socio-assistenziale. Nei servizi sanitari l'intreccio tra il terziario avanzato e i settori ad alta tecnologia

<sup>1</sup> È possibile consultare il documento confederale all'indirizzo internet: <http://www.cgil.it/dettagliodocumento.aspx?ID=21179>.

ha impatti rilevanti sia in termini occupazionali che di remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa. Il contributo dei servizi socio-sanitari in senso lato (servizi alla persona) alla crescita dell'occupazione è stato relevantissimo, con positive ricadute per l'economia italiana. Per questo, molti paesi (non il nostro) hanno deciso politiche anticicliche, privilegiando la ricerca e il comparto dei servizi (soprattutto alla persona), della strumentazione medica, dei sistemi di cura e riabilitazione e delle infrastrutture digitali (e anche qui il settore socio-sanitario gioca un ruolo importante).

*8) Più potere ai cittadini, più spazio alla contrattazione*

I cittadini e i lavoratori che si devono riappropriare della questione Salute. I cittadini, da un lato, perché il diritto alla salute è uno dei diritti costituzionali fondamentali e non possiamo più permetterci che in metà del paese, sia per inefficienza, sia per l'impossibilità di erogare i Lea fino in fondo, si abbatta il diritto alla salute. Dall'altro lato, ci rivolgiamo ai lavoratori dei servizi sociali e sanitari perché senza un loro protagonismo la riorganizzazione non si fa. Per renderli protagonisti bisogna restituire loro gli strumenti contrattuali, ridare dignità e forza al loro lavoro e toglierli dalla condizione terribile per cui, essendo dappertutto o quasi sotto organico, il sistema si regge sul sacrificio degli operatori, su orari improbabili, su condizioni di lavoro difficilissime. Ciò non riguarda solo i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, ma anche tutti i lavoratori dei servizi collegati, degli appalti, le mense, le lavanderie, che sono quelli su cui spesso si scaricano in ultima istanza tutte le debolezze del sistema. In questo senso, pensiamo a un patto: ricostruire una relazione positiva tra gli utenti, i cittadini, e gli operatori, i lavoratori, è uno dei punti di qualità di questa campagna. Solo attraverso questa alleanza si difende e si rilancia il welfare.



**ATTUALITÀ**

La governance dei servizi  
di interesse generale



## Principi di buon governo per la revisione della governance dell'Inps

**Massimo Antichi**

*In Italia, non è stata fatta una meditata riflessione su quali debbano essere i principi su cui debba fondarsi un «buon governo» dei servizi pubblici sia a livello politico che accademico. In particolare, è abbastanza singolare che la discussione sulla revisione dell'assetto di governance dell'Inps, protrattasi per oltre un decennio, si sia concretizzata in un intervento di eccessiva semplificazione, se vogliamo di banalizzazione, senza che siano stati definiti con maggiore chiarezza i confini dell'azione e delle responsabilità dei vari attori coinvolti così come, invece, sarebbe stato necessario fare. È difficile, infatti, giudicare positivamente la scelta operata dal legislatore con l'ultimo intervento (art. 7 del d.l. n. 78/2010) di revisione della governance*

*dell'Inps con cui sono stati concentrati nelle mani di un organo monocratico, quelle del «Presidente», i poteri che la legge attribuiva a un organo collegiale, al «Consiglio di amministrazione», violando così uno dei principi cardine per il buon governo di un'agenzia pubblica: garantire un ampio spettro di competenze dell'organo decisionale; condizione che difficilmente può essere soddisfatta attraverso un organismo monocratico. Così, ad esempio, suggerisce The independent commission on good governance in public services, la Commissione nominata in Gran Bretagna nel 2004. Il lavoro si pone l'obiettivo di analizzare gli aspetti di debolezza dell'attuale assetto e di individuarne i possibili correttivi.*

RPS

### 1. Introduzione

Sono ormai trascorsi quasi quattro lustri da quando è stato operato l'ultimo intervento legislativo di riordino organico dell'assetto organizzativo degli enti previdenziali pubblici (d.lgs. 30 giugno 1994, n. 479). Da allora, a più riprese, gli addetti ai lavori si sono confrontati sulla necessità di rivedere, senza, però, trovare soluzioni condivise, l'assetto di governo originario risalente alla legge 9 marzo 1989, n. 88. Il tema è stato anche oggetto di animati e aspri confronti tra governo e parti sociali trascinati nel tempo senza che sia riuscita a emergere una soluzione condivisa.

Oggi, la questione è diventata tanto più rilevante alla luce degli ultimi

interventi legislativi con i quali, da una parte, è stata operata, forse con un'eccessiva disinvoltura, la soppressione di uno dei due organi collegiali di governo più rilevanti nel disegno originario del legislatore del 1994<sup>1</sup>; dall'altra, si è dato vita a un unico istituto responsabile della gestione della previdenza obbligatoria pubblica<sup>2</sup>.

È difficile giudicare positivamente l'intervento operato nel 2010 con il d.l. n. 78 con il quale ci si è limitati a spostare i poteri del soppresso *Consiglio di amministrazione* nelle mani di un organo monocratico, quelle del *Presidente*, violando uno dei principi cardine per il buon governo di un'amministrazione pubblica<sup>3</sup> secondo il quale l'organismo di gestione deve garantire un ampio spettro di competenze attraverso la collegialità; e sottovalutando, gli effetti negativi del fallimento di un assetto incapace di agevolare l'interazione socio-politica tra i diversi attori del palcoscenico previdenziale. Interazione che è essenziale per garantire quella indispensabile coesione sociale e condivisione degli obiettivi nel governo di un'amministrazione che alimenta una componente significativa delle entrate della Pubblica amministrazione (209,9 miliardi l'ammontare delle entrate contributive, equivalenti al 28,2% del totale delle entrate della Pubblica amministrazione del 2013) e che movimentata una quota rilevante della spesa pubblica complessiva (299,9 miliardi il totale delle uscite previdenziali, pari ad una quota del 38,1% del totale delle spese delle amministrazioni pubbliche nello stesso anno).

È abbastanza sorprendente come, nonostante la portata politica e temporale di questo dibattito, nella letteratura italiana di settore vi siano solo rare tracce di studi (Iacovino, 2005) volti ad analizzare le *best*

<sup>1</sup> Si tratta della soppressione del Consiglio di amministrazione di cui all'art. 7, comma 8 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e dell'attribuzione delle relative funzioni all'organo monocratico rappresentato dal Presidente. In relazione alle difficoltà interpretative determinatesi nei rapporti tra gli organi del principale istituto previdenziale, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali è dovuto intervenire più volte con apposite direttive ministeriali (29 novembre 2010 e 28 aprile 2011) con le quali ha confermato l'invarianza del quadro normativo vigente di cui alla legge n. 88/1989, così come modificata dal d.lgs. n. 479/1994, con particolare riferimento alle attribuzioni stabilite per gli altri organi di gestione e controllo.

<sup>2</sup> Ex art. 21 del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201 convertito nella legge 22 dicembre 2011, n. 214.

<sup>3</sup> Ad esempio, quelli definiti secondo The independent commission on good governance in public services, la Commissione nominata in Gran Bretagna dall'Office for public management (Opm) nel 2004; oppure, in Issa (2010).

*practices* sperimentate in altri paesi e i principi su cui queste ultime si fondano. Eppure, al fine di individuare una soluzione che possa essere applicata al caso italiano, riteniamo che possa essere utile ispirarsi all'esperienza di paesi che storicamente hanno dedicato più attenzione all'esigenza di generare quello che viene definito *value for money* nella produzione di servizi pubblici.

Nel tentativo di superare questo limite e di definire le linee di intervento per la riforma della governance degli enti previdenziali<sup>4</sup>, il Governo Monti incaricò un gruppo di studio che presentò la sua relazione finale (Bove, Valotti e Volpe, 2012) il 28 giugno 2012. Nel lavoro svolto dagli esperti, dopo aver esposto un'utile rassegna della governance previdenziale in alcuni importanti paesi europei, la proposta di riforma avanzata (ivi, pp. 66-85), nonostante gli aspetti critici cruciali insiti nel sistema in vigore siano stati correttamente individuati (ivi, p. 32), è da considerarsi inaspettatamente deludente: mancano, innanzitutto, tra le linee guida che dovrebbero essere seguite dal governo nell'adozione di un nuovo assetto, le indicazioni circa la scelta organizzativa preferibile nel nostro contesto (dipartimento governativo o amministrazione autonoma)<sup>5</sup>; non viene espresso, inoltre, un giudizio chiaro rispetto alla novellata monocraticità dell'organo di amministrazione rappresentato dalla solitaria figura del presidente (addirittura giustificata dall'esigenza del contenimento delle spese senza prendere in considerazione i costi, che alla lunga, tale scelta può determinare); ma, soprattutto, tra le carenze dell'attuale assetto manca l'individuazione dell'insufficiente ruolo di indirizzo (*steering*) esercitato dal governo. Nel frattempo, anche le parti sociali (Cgil, Cisl, Uil e Confindustria, 2012) hanno indicato le linee direttrici cui dovrebbe ispirarsi la revisione del modello di governance degli enti previdenziali. Come nel caso precedente, però, le proposte avanzate continuano a soffrire del limite principale dell'attuale assetto rappresentato dalla strutturale conflittualità dell'impostazione duale di cui si propone la risoluzione ri-

<sup>4</sup> Anche sulla base di un invito al Governo a superare la gestione commissariale straordinaria da parte Camera dei deputati (mozione n. 1/00978 presentata dall'on. S. Moffa e votata dalla Camera dei deputati, XVI legislatura, il 28 marzo 2012).

<sup>5</sup> Come si vedrà più avanti, la scelta dell'assetto organizzativo ottimale dovrebbe legarsi strettamente al modello welfaristico che caratterizza il paese in cui si colloca; per cui il legislatore non dovrebbe assumere un atteggiamento di neutralità rispetto ai modelli possibili.

vendicando, correttamente, un maggior ruolo nell'attività di indirizzo politico ma anche, molto discutibilmente, una competenza esclusiva in attività che hanno una natura prettamente gestionale quali, ad esempio, l'approvazione generalizzata dei regolamenti, dell'organizzazione e dei bilanci. La volontà di estendere i poteri degli stakeholder oltre l'esercizio di un potere effettivo di indirizzo e controllo strategico, a nostro parere, è indicativo di una sottovalutazione dell'importanza decisiva che, invece, questo può assumere nel governo della vita amministrativa di un'organizzazione pubblica. Gli interessi degli stakeholder coincidono con la verifica dell'effettività della protezione sociale e dell'efficienza delle sue modalità di offerta rispetto ai bisogni dei soggetti assicurati, per il riscontro dei quali gli strumenti funzionali sono quelli della programmazione e del controllo. Il tema semmai è quello di introdurre un principio di responsabilità del management tale che gli eventuali scostamenti ingiustificati dai risultati attesi non si traducano, come invece avviene oggi, in un nulla di fatto.

Nonostante questi sforzi di mediazione e di sintesi, a distanza di più di due anni dalla presentazione del rapporto del gruppo di studio ministeriale, data anche la complicata situazione politica italiana alle prese con la più difficile e duratura crisi economica mondiale del dopoguerra, nulla è successo. Eppure, la necessità di rendere più coerenti e funzionali *formal and operational policies* degli enti previdenziali non si è ridotta, anzi, come i recenti fatti di cronaca che hanno interessato i vertici dell'Inps stanno a testimoniare, è drammaticamente aumentata. Il governo dovrebbe riuscire a trovare il tempo per porre fine ad un dibattito che si è protratto per un troppo lungo, e irragionevole, tempo.

## 2. Il concetto di governance nell'ambito pubblico

Fino all'inizio degli anni '90, il termine governance<sup>6</sup> era «assimilato letteralmente a sinonimo di government». Solo nei lavori che si sviluppano successivamente nelle scienze sociali emerge un reindirizzo

<sup>6</sup> Per la definizione di governance si vedano: Kooiman (1993), Stoker (1994), Carmel e Papadopoulos (2003); e per l'Italia: Iacovino (2005). Per una rassegna delle problematiche connesse all'attività di governance in tema di indirizzo (*steering*) e di attribuzione delle responsabilità per i risultati (*accountability*) si vedano: Rhodes (1996, 1997) e Bevir e Rhodes (2003).

del suo significato originale «che fa riferimento a un nuovo processo di governo [...] ovvero a un nuovo metodo di governo della società» il cui obiettivo «è quello di creare le condizioni per la definizione di regole ordinate relative all'azione collettiva». Non è «l'output finale» a distinguere la governance dal government ma, piuttosto, «la definizione di un processo di governo che porti a quello stesso risultato finale» (Stoker, 1998). Ma se la questione sembra di nuovo complicarsi in quanto, ci spiega Rhodes (1996), si possono individuare almeno sei significati diversi nell'utilizzo del termine governance (ad esempio, come: *minimal state*; *corporate governance*; *new public management*; *good governance*; *socio-cybernetic system* e, infine, *self-organizing networks*), in realtà, esiste un fattore che accomuna le diverse impostazioni ed è rappresentato da «un terreno condiviso secondo il quale con questo termine ci si riferisce allo sviluppo di diversi stili di governo in un contesto dove i confini tra, e al loro interno, il settore pubblico e quello privato diventano indistinti. L'interesse della governance è riservato ai diversi meccanismi di funzionamento che non si fondano esclusivamente sul ricorso all'autorità e alle sanzioni imposte dal governo» (Stoker, 1998). Questo nuovo filone delle scienze sociali è ispirato dai rilevanti e significativi cambiamenti culturali che interessano la pubblica amministrazione in Gran Bretagna proprio a partire degli anni '90 attraverso i quali furono introdotti principi<sup>7</sup> e strumenti gestionali che si richiamavano all'esperienza del management privato. *Downsizing* dei grandi apparati pubblici, privatizzazioni, *contracting out*, separazione tra la dimensione politica e manageriale, strumenti di programmazione e controllo delle *performances*, *customer care* sono i nuovi paradigmi con i quali i governi conservatori di quegli anni si propongono di ridurre i confini dell'intervento pubblico per migliorare la competitività sia all'interno della sfera pubblica sia tra quest'ultima e quella privata. Si afferma una nuova impostazione con cui la teoria economica affronta le tematiche della pubblica amministrazione (Osborne e Gaebler, 1992) che prende il nome di New public management (Npm). Tuttavia, seppure si possano trarre delle utili lezioni per la gestione della cosa pubblica dall'esperienza manageriale privata, la Npm denuncia numerosi limiti (Rhodes, 1996; Stoker, 1998) nella sua trasposizione nell'ambito pubblico tra i quali il principale è rappresentato da un punto di vista efficientista tutto interno (*intra-organizational*) alla singola organizzazione e concentrato, quando non ossessionato, dal perse-

<sup>7</sup> Comunemente indicati con «3Es»: *Economy*, *Efficiency* e *Effectiveness*.

guimento del trinomio 3Es. Tale impostazione trascura la complessità rappresentata dall'esistenza di networks interconnessi nella fornitura di servizi pubblici sui quali la capacità di controllo del governo è limitata per una molteplicità di ragioni: insufficienza di legittimazione dell'azione di supervisione governativa, complessità del processo di definizione delle politiche generali, complessità e pluralità delle istituzioni coinvolte. In tale contesto, il governo rischia di diventare uno dei molti attori che influenzano il corso degli eventi ma che non è in grado di svolgere alcun ruolo effettivo nel determinare il comportamento di tali networks che sviluppano una capacità di resistenza agli indirizzi e alle verifiche governative. Pertanto, il supervisore pubblico dovrà esercitare un potere di vigilanza su quegli obiettivi il cui scopo è il perseguimento di una finalità collettiva che altrimenti può sfuggire al singolo tutto proteso al raggiungimento di obiettivi e risultati aziendali (Rhodes, 1996). In generale, l'enfasi posta alle questioni attinenti al tema della governance è accentuata dalla sempre maggiore diffusione di situazioni in cui i servizi pubblici sono offerti, oltre che dall'amministrazione centrale, da soggetti autonomi, pubblici o privati, anche decentrati e diversificati a livello territoriale. In questa nuova realtà deve essere accettato il diritto del governo di vigilare quei soggetti, anche dotati di una forte autonomia, cui è demandata la funzione di erogazione dei servizi pubblici in quanto, in ultima analisi, è il governo a essere soggetto al giudizio politico dei cittadini rispetto alla qualità dei servizi offerti da tali enti. La governance implica la *democratic accountability* come uno degli strumenti per realizzare il «*governing without government*» (Rhodes, 1997) di quelle organizzazioni.

Non si tratta di limiti individuati astrattamente ma di problematiche che cominciarono a emergere dall'esperienza effettiva maturata in Gran Bretagna in relazione alla frammentazione di indirizzo e di responsabilità dell'azione dei network, in aggiunta a quella tradizionalmente svolta dallo Stato centrale, costituiti da agenzie pubbliche, operatori privati e gruppi di associazioni non profit nella fornitura dei servizi pubblici. La frammentazione, infatti, porta a una riduzione dell'azione di programmazione e di controllo da parte del regolatore pubblico. Per ovviare a tale limite, all'aumento della complessità dell'attività dei network che si sviluppa a seguito del decentramento dei servizi, si assiste sempre di più al tentativo di contrastare tale potere di autonomia con una crescita dell'accentramento degli strumenti di indirizzo, di verifica e di controllo finanziario da parte del governo. Si tratta di un contesto, lo ripetiamo, in cui tale attività è resa sempre più

difficile dalla circostanza che le strutture autonome pubbliche, o appartenenti alla sfera privata, sviluppano una marcata riluttanza ad accettare un coordinamento centralizzato. In sostanza, la complessità rende più difficile: preliminarmente, la definizione governativa degli obiettivi e dei limiti di azione dei diversi soggetti delegati ad agire nella sfera di dominio pubblico; e, successivamente, la verifica dei risultati conseguiti da questi ultimi allo scopo di individuare le rispettive responsabilità e correggerne le azioni future. La definizione di regole di comportamento cui debbano attenersi le organizzazioni pubbliche (cd. *good governance's principles*) può essere utile ma non è sufficiente a risolvere il problema di *lack of steering*.

Un altro aspetto di cui si dovrà tenere conto nel definire l'assetto della governance è rappresentato dallo stretto legame esistente tra le finalità e gli strumenti attraverso i quali tali politiche, incorporate nelle scelte legislative, sono perseguite: «*the "how" (operational policy) of doing policy affects the "what" (formal policy) and viceversa*» (Carmel e Papadopoulos, 2003, p. 2).

Alla ricerca dell'assetto migliore tra le diverse opzioni di governance si dovrà evitare il rischio, ci segnala Stoker (1998), che la scelta si riduca alla semplice ricerca di quello che garantisce il perseguimento di una «*mera finalità di riduzione delle spese*». Non vi è dubbio che nel definire un corretto assetto di governance l'obiettivo dell'efficienza non possa essere ignorato. Tuttavia, nella ricerca dell'assetto della governance più efficace, uno dei vincoli inderogabili per il legislatore è rappresentato dal favorire l'interazione socio-politica tra i vari attori coinvolti rappresentati dal governo centrale, dalle amministrazioni e dagli stakeholder piuttosto che da quello della ricerca di un cieco efficientismo fine a se stesso. Deve essere riconosciuto, infatti, che siccome nessun singolo attore, pubblico o privato, possiede tutte le conoscenze e le informazioni richieste per risolvere problemi che sono complessi, dinamici e diversificati (Kooiman, 1993) non deve rappresentare un problema la ricerca di una sufficiente rappresentatività degli organi di controllo di tali organizzazioni attraverso una loro adeguata numerosità. L'obiettivo della rappresentatività di tali organismi non può essere trascurato per ragioni di risparmio, si deve tenere conto, infatti, che gli effetti di scelte ispirate dal timore della pletoricità di tali organismi, alla lunga, possono tradursi in costi ben superiori agli eventuali benefici iniziali.

Infine, nel definire un assetto di governance, si dovrà tenere conto delle caratteristiche dei servizi offerti e della loro dimensione organiz-

zativa: le amministrazioni centrali e locali che erogano servizi pubblici hanno bisogno di un'organizzazione diversa da quella degli organismi indipendenti; a sua volta molto diversa sarà l'organizzazione di una scuola o di un piccolo ospedale da quella di un grande organismo indipendente in cui i meccanismi di cooptazione, e non quelli elettivi, entrano maggiormente in gioco.

### 3. Principi di buon governo nell'organizzazione dei servizi pubblici

Chiarite meglio le problematiche oggetto della governance, si assiste all'emergere di un filone dedicato agli strumenti che possano garantire il buon funzionamento di una struttura responsabile dell'erogazione dei servizi pubblici. Importanti riflessioni sul tema ci vengono già dai primi documenti elaborati dalla *Committee on standard in public life* (1995)<sup>8</sup> e dalla *Australian public service commission* (ApSC, 2005)<sup>9</sup> le quali ci spiegano che per il corretto operare di un'organizzazione che eroga servizi pubblici è necessario che la governance sia in grado di realizzare un contesto in cui:

1. siano definiti con chiarezza le funzioni e i ruoli di ognuno dei protagonisti e i loro rapporti con il governo;
2. siano promossi valori etici all'intera organizzazione con un comportamento imparziale, onesto e responsabile dei rappresentanti di vertice (*Nolan's principles*);
3. siano chiaramente individuati gli obiettivi dell'organizzazione in termini di risultati in favore dei fruitori dei servizi e la loro conformità alla legge (*performance e conformance*);

<sup>8</sup> La Commissione presentò un primo rapporto nel 1995, stabilendo quelli che sono definiti *the seven principles of public life* (i cd. *Nolan's principles* dal nome del presidente della commissione: Lord M.P. Nolan) secondo i quali gli amministratori pubblici devono seguire i seguenti principi: 1) *selflessness*: agire nell'interesse pubblico; 2) *integrity*: non prendere decisioni per il proprio vantaggio personale; 3) *objectivity*: agire con imparzialità; 4) *accountability*: rendersi disponibili alla rendicontazione delle loro azioni; 5) *openness*: agire con trasparenza; 6) *onesty*: agire con lealtà e onestà; 7) *leadership*: promuovere e sostenere tali principi attraverso la leadership e l'esempio personale (*Committee on standard in public life*, 1995).

<sup>9</sup> Nell'esperienza australiana, il perseguimento dell'eccellenza nella governance viene ritenuta come una sfida fondamentale per il servizio pubblico (Uhrig, 2003).

4. sia assunto un modello adeguato di gestione dei rischi (*risk management*) relativamente, ad esempio, alla violazione dei *Nolan's principles*;
5. le decisioni siano prese in un contesto informato (*staff support*) e in modo obiettivo e trasparente (*fairness*);
6. sia possibile esercitare un effettivo governo degli indirizzi dell'organizzazione da parte degli amministratori (*effectiveness*);
7. gli amministratori siano sottoposti a una effettiva rendicontazione delle risorse utilizzate e dei risultati perseguiti nei confronti, direttamente o indirettamente, dell'opinione pubblica (*accountability*).

Più recenti, oltreché più mirate all'organizzazione degli istituti previdenziali oggetto di questo lavoro, sono le linee guida per la buona governance raccomandate dall'International social security association (Issa, 2010), l'organizzazione mondiale delle istituzioni di sicurezza sociale: *accountability, transparency, predictability, participation, dynamism* sono i fattori di successo di un'organizzazione previdenziale. L'Issa, in aggiunta ai principi che abbiamo già visto, e con l'obiettivo di rendere più permeante la cd. *accountability*, sottolinea l'importanza della responsabilizzazione diretta degli stakeholder e del loro coinvolgimento attivo (*participation*) nell'ambito della governance finalizzato alla definizione di un più efficace processo di valutazione delle attività svolte dal management della struttura, pubblica o privata, delegata all'erogazione dei servizi pubblici. A questo fine viene ritenuta utile l'istituzione «di un'autorità che assicuri il corretto sviluppo ed esercizio del programma di sicurezza sociale secondo la visione nazionale» (Musalem e Ortiz, 2011, p. 30).

A completamento della definizione dell'assetto di governance, deve essere riservata una particolare attenzione al processo di scelta, trasparente e meritocratico, dei responsabili ai vari livelli dell'organizzazione pubblica. Si tratta di una questione ineludibile affinché questi ultimi siano in condizione di esercitare un ruolo di leadership, sostenuto da una forte cultura organizzativa e attraverso comportamenti, anche personali, coerenti, nella diffusione in tutta l'organizzazione di valori etici e responsabili. Per quanto riguarda la leadership dei rappresentanti istituzionali e del management, questa dovrà essere esercitata attraverso una comunicazione e direttive coerenti mediante la pianificazione strategica, il monitoraggio delle prestazioni e la valutazione del personale che diventano gli strumenti operativi per il consolidamento di una cultura del «buon governo» della cosa pubblica<sup>10</sup>. La dirigenza deve

<sup>10</sup> In questo senso la cd. Riforma Brunetta della dirigenza pubblica (d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150) rappresenta un deciso salto in avanti che migliora gli stru-

adottare regolarmente iniziative finalizzate a incoraggiare tutti i dipendenti ad assumere un ruolo attivo nel processo di governance dell'organizzazione in quanto, essendo coloro che operano sul campo, possono contribuire più efficacemente a indicare le azioni correttive degli indirizzi al fine di perseguire gli obiettivi istituzionali (Anao, 2003). All'interno di questo quadro, l'attività di formazione del personale, che deve includere gli standard di comportamento nei confronti degli utenti, completa gli ingredienti necessari a garantire un corretto assetto della governance per migliorare l'efficienza della gestione e l'efficacia del processo decisionale. La coerenza di tutti questi fattori, tesi costantemente al raggiungimento degli obiettivi istituzionali con processi razionali, rappresenta un fattore di successo fondamentale delle organizzazioni cui è demandata la responsabilità di offrire un servizio pubblico. Per quanto riguarda, invece, gli aspetti etici, la responsabilità della governance è garantire la coerenza tra regole e comportamenti reali. Conseguentemente, l'azione preventiva del regolatore pubblico sarà rappresentata dall'adozione: di un adeguato modello a prevenzione dei conflitti di interesse, al fine di evitare quello che viene definito il cd. *principal-agent problem* (Grossman e Hart, 1983) che può compromettere gli obiettivi del mandante a seguito dell'anteposizione degli interessi dei *trustees* a quelli degli *stakeholders* (Musalem e Ortiz, 2011); e di un modello di *risk management* con cui sia dedicata una costante attenzione all'analisi del *reporting* dei comportamenti non etici attraverso appropriate strutture di *audit* che disincentivino i comportamenti illeciti e antagonistici tra i dipendenti a prevenzione di comportamenti che, mettendo a rischio la reputazione dell'istituzione, possano sfociare in patologie organizzative «che portino al declino o addirittura al crollo di una organizzazione» (Bartos, 2004).

L'obiettivo di un governo efficace, efficiente ed etico delle istituzioni pubbliche è ritenuto particolarmente importante anche alla luce dei cambiamenti nella natura del settore pubblico che, in alcuni casi, si trova a operare in un contesto di maggiore contendibilità con il mondo privato e in cui, pertanto, i comportamenti e la cultura del risultato servono a giustificare in alcuni settori la presenza di un operatore pubblico (Committee on standard in public life, 1995). La governance, pertanto, dovrà farsi carico di favorire le condizioni per la partecipazione attiva dei fruitori del servizio pubblico, assicurandosi la loro

menti di governo a disposizione delle pubbliche amministrazioni per il miglioramento della produttività del lavoro e della qualità dei servizi pubblici.

fiducia, interagendo con questi ultimi in modo che diventino protagonisti della definizione delle caratteristiche del processo di produzione. Per concludere, in buona sostanza, la costruzione di un'architettura di governance nelle organizzazioni pubbliche deve essere in grado di mettere insieme le diverse responsabilità (governo centrale, stakeholder, management, personale) garantendo che, sia nella prassi che nelle procedure, vengano assicurate la direzione strategica; il raggiungimento degli obiettivi; la gestione dei rischi; l'uso responsabile e la rendicontazione delle risorse pubbliche.

#### 4. *Dal welfare state al welfare to work*

Come abbiamo già avuto modo di riferire, il dibattito sulla governance della *Social security* è stato fortemente sviluppato nella letteratura anglosassone a partire dalla fine degli anni '90 in relazione alle proposte di riforma del sistema di sicurezza sociale che hanno portato al parziale superamento dell'originale impostazione assicurativa del welfare state<sup>11</sup> con quella cd. *welfare to work*. L'impostazione basata sul principio contributivo, in cui i benefici previdenziali sono un diritto alla giusta prestazione erogata come contropartita dei versamenti effettuati nel corso della vita lavorativa a protezione dei rischi individuali e di mercato cui i soggetti sono esposti, viene sostituita da una visione nella quale i soggetti sono in larga misura responsabili della loro condizione in quanto lo Stato fornisce loro gli strumenti e le opportunità per far fronte a tali rischi. In pratica, la sicurezza sociale viene sostanzialmente svuotata del suo obiettivo finalizzato alla protezione dei rischi per passare a una impostazione cd. *social security as support*. Sono due impostazioni della sicurezza sociale profondamente diverse, che possono in parte coesistere, ma che si fronteggiano; e ciò si è riflesso nel dibattito politico e teorico economico.

<sup>11</sup> Beveridge, in un'intervista rilasciata all'indomani della presentazione del suo rapporto (*Report of the inter-departmental committee on social insurance and allied services*, 1942), chiarisce che il piano di riforma del welfare state britannico si fonda sul principio contributivo, secondo il quale i benefici previdenziali sono un diritto dei lavoratori erogati in virtù della contribuzione effettuata e non delle libere elargizioni. Nondimeno, questo diritto deve essere accompagnato dall'impegno dello Stato a esercitare tutti i suoi poteri per garantire l'occupazione e la riduzione della disoccupazione.

A priori, non può essere decretata una superiorità di un'impostazione rispetto all'altra, e questa non vuole essere la sede in cui riassumere questa discussione<sup>12</sup>, fatto sta che in Gran Bretagna la seconda impostazione si afferma sull'altra sul finire degli anni '90, anche se a tale scelta non corrisponderà un definitivo superamento dello schema assicurativo. Si assisterà, invece, ad un'espansione di benefici previdenziali supportati dalla verifica dei mezzi (*means tested*). Parallelamente, si sviluppano, di conseguenza, le analisi di come, a questa ridefinizione dei diritti, debba affiancarsi una rivisitazione delle modalità di erogazione dei benefici previdenziali e delle modalità di controllo e indirizzo politico delle organizzazioni a ciò delegate.

In sostanza, mentre nell'impostazione contributiva la protezione sociale è un «diritto» quale risultato finale di un processo nel corso del quale i soggetti contribuenti hanno dimostrato una responsabilità comportamentale e, pertanto, la rivendicazione dello Stato volta a «governare» il comportamento dei soggetti, quando questo viene esercitato, è debole. Nella nuova impostazione, la richiesta di assistenza da parte dei soggetti è subordinata a condizioni che vengono verificate dopo che tale richiesta viene avanzata, si tratta di una rinegoziazione dei diritti e delle responsabilità tra Stato e cittadini in cui la sicurezza sociale è vista come sostegno. In questo nuovo ambito lo Stato si trova ad esercitare un ruolo rafforzato sia di indirizzo che di controllo dei comportamenti dei soggetti assistiti quando la richiesta di protezione sociale si manifesta<sup>13</sup>. E di conseguenza, non esiste più un esplicito diritto alla sicurezza sociale, le cause della disoccupazione sono legate alla capacità individuale, con l'implicazione che gli individui in età lavorativa sono responsabili del loro stato occupazionale e della pre-

<sup>12</sup> In questa sede non entriamo nel merito della discussione sul tema sviluppatasi in letteratura. Per un'efficace sintesi, che non vuole essere esaustiva, segnaliamo ancora il lavoro già citato di Carmel e Papadopoulos (2003) e i riferimenti bibliografici ivi contenuti. Ci permettiamo solo di condividere l'affermazione dell'allora Secretary of State for Work and Pensions, Alistar Darling: «la differenza importante nella social security non è se è basata sul principio contributivo o sulla verifica dei mezzi ma se non è in grado di assicurare il reimpiego dei lavoratori e di migliorare la qualità delle loro esistenze» (citato in Carmel e Papadopoulos, 2003, p. 4).

<sup>13</sup> Non sono mancate le critiche a questa impostazione (Carmel e Papadopoulos, 2003) in quanto, proprio per evitare i comportamenti opportunistici, ci si sarebbe aspettato, più coerentemente rispetto all'obiettivo di limitare la cultura del *something for nothing*, un rafforzamento dell'impostazione contributiva e non un suo indebolimento.

venzione dei rischi individuali compreso il rischio di vecchiaia. La responsabilità statale è quella di fornire ai soggetti le opportunità in termini di formazione professionale e di sviluppo delle competenze. Per concludere, secondo questa nuova visione della social security, il lavoro e l'occupabilità sono la migliore forma di risposta ai rischi di insicurezza sociale.

Chiariti gli elementi essenziali del nuovo contratto sociale tra Stato e cittadini (*formal policy domain*), gli obiettivi della ridefinizione della governance delle strutture operative (*operational policy domain*) britanniche diventano altrettanto chiari e conseguenti: a) le strutture del *Department of Education and Employment* e del *Department of Social security* vengono accorpate nel nuovo *Department of Work and Pensions* (Dwp); b) viene rafforzato il ruolo del Tesoro nell'indicare gli obiettivi e il monitoraggio dei risultati del nuovo Dwp e delle sotto agenzie delegate; c) viene enfatizzato il modello aziendale nella misurazione delle attività e l'attribuzione e verifica degli obiettivi per indirizzare le attività di front line dello staff del Dwp. Il nuovo processo di governance può essere così sinteticamente descritto: il Tesoro definisce nell'ambito della spending review gli obiettivi e i vincoli di bilancio delle strutture di staff secondo le linee di un accordo preliminare; le singole strutture definiscono le modalità con cui vengono perseguiti gli obiettivi attribuiti; successivamente vengono definiti dal Tesoro gli indicatori per il controllo dei risultati; il Gabinetto del primo ministro monitora che gli obiettivi vengano realizzati.

### 5. La governance in Gran Bretagna: il *Department for Work and Pensions* (Dwp)

Più in dettaglio il sistema pensionistico del Regno Unito (Spadafora, 2003) è attualmente strutturato su tre livelli (*tiers*), i primi due dei quali di natura obbligatoria. Le forme previdenziali pubbliche non sono amministrate da un istituto indipendente come in Italia o, come vedremo più avanti, negli Stati Uniti ma attraverso un dipartimento governativo. Si tratta del *Department for Work and Pensions* (Dwp), fino al giugno 2001 denominato *Department of Social security*<sup>14</sup>. Il Dwp è il più grande erogatore di servizi pubblici in Gran Bretagna con oltre 22 mi-

<sup>14</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito internet: [www.dwp.gov.uk](http://www.dwp.gov.uk).

lioni di percettori di prestazioni sociali e pensionati. La struttura è articolata in 13 agenzie specializzate per materia e conta complessivamente 115.000 dipendenti (di cui circa 13.000 appartengono alla qualifica *higher executive*) con un budget annuo complessivo di circa 9,9 miliardi di euro, di cui 4,4 miliardi costituiscono la spesa per il personale (Dwp, 2011; Hm Revenue&Customs, 2013)<sup>15</sup>. Al «*pensions and disability carers service*» sono dedicati circa 13.000 dipendenti per una spesa annua di circa 448 milioni di euro. Il meccanismo di finanziamento delle prestazioni si fonda sul principio di ripartizione (*Pay as you go*-Payg) e le entrate sono assicurate attraverso i *National insurance contributions* (Nics)<sup>16</sup>, commisurati al reddito dei lavoratori, versati sia da questi ultimi che dai datori di lavoro. I benefici connessi al reddito (*means-tested o income-related benefits*) sono, invece, finanziati dalla fiscalità generale. Il primo livello è la *basic state pension* che è una prestazione uguale per tutti indipendentemente dal reddito del soggetto. Il secondo livello (*state second pension*) è un'ulteriore prestazione pubblica per i soli lavoratori dipendenti ma a cui si può rinunciare volontariamente con il cosiddetto «*contracting out*» per unirla al terzo livello che è quello della previdenza integrativa volontaria<sup>17</sup>.

Il Dwp non è classificabile come un'agenzia o amministrazione indipendente ma si tratta di un dipartimento direttamente controllato dal

<sup>15</sup> Un'altra utile fonte di dati è rappresentata dal Dwp (2013).

<sup>16</sup> Il livello delle aliquote è molto articolato per tipo di rapporto di lavoro, di categorie di lavoratori e di fasce reddituali di esenzione (per un maggior dettaglio si rinvia a: HM Revenue&Customs, *National insurance contributions*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.gov.uk/personal-tax/national-insurance>). In estrema sintesi, il livello dell'aliquota ordinaria (2014) è pari per la quota a carico dei lavoratori: al 12% nella fascia reddituale annua tra 7.755 e 41.450 Gbp e al 2% per quelli superiori. L'aliquota ordinaria è pari al 13,8% per i datori di lavoro con gli stessi limiti reddituali. I lavoratori autonomi pagano importi forfetari fino a un guadagno annuo pari a 7.755 Gbp, al 9% per quelli compresi tra il limite precedente e 41.450 Gbp e, infine, il 2% per i redditi superiori.

<sup>17</sup> Con le riforme del 2008 e del 2011 – *Pensions Act* (2008) e *Pensions Act* (2011) – sono state apportate importanti modifiche al sistema pensionistico britannico: allo scopo di rendere finanziariamente sostenibile il sistema; rafforzare la costruzione delle pensioni integrative di II pilastro: con l'obbligatorietà dell'iscrizione ai fondi occupazionali aziendali o privati; prevedendo l'elevazione dell'aliquota contributiva complessiva a questi schemi fino all'8% entro il 2018. Con l'approvazione della *Pensions Bill* (2013) si completerà il ridisegno del sistema pensionistico inglese con la creazione della cd. *single tier-pension* in sostituzione della *basic state pension* e della *state second pension*.

governo. Ciò si riflette nella sua organizzazione. Il Dwp è guidato da un *Permanent secretary* (nominato dal *Prime minister* e dal *Secretary of State for work and pensions*) affiancato da 6 *Directors general*, ognuno responsabile di uno specifico ambito di lavoro e gestione. Da sottolineare come la politica previdenziale britannica abbracci in un unico dipartimento amministrativo la gestione delle prestazioni spettanti ai cittadini nell'arco dell'intero ciclo vitale (vita lavorativa e quiescenza) e non si limiti alla gestione della sola fase di quiescenza. Le attività del Dwp coprono un ampio campo di competenze che vanno da quelle lavoristiche a quelle assistenziali per le persone disabili, da quelle di sostegno alle spese per l'alloggio delle persone indigenti per finire a quelle pensionistiche. Dei 201,6 miliardi di euro di benefici sociali complessivamente erogati nel 2013, circa il 62% sono stati finanziati dai 124,5 miliardi di euro di entrate assicurate dai Nics. Si tratta di flussi finanziari rilevanti sia in rapporto alle entrate complessive del settore pubblico (21,7%) che rispetto alle uscite (23%) registrate nel 2013. Nello stesso anno la spesa sociale per singola funzione era così ripartita: 111 miliardi di euro, circa, erano riferibili alla categoria «*pension benefits*»; 25,7 miliardi alla «*disability and carers benefits*»; 31,5 miliardi alla «*work-in-gage benefits*»; 33,5 miliardi alla «*housing benefits*».

Se, come abbiamo detto, la gestione è affidata ad un segretario permanente affiancato dai direttori generali, va anche specificato che esiste un *Board of department* (o Consiglio di amministrazione del Dipartimento) che ha il compito di delineare le strategie di governo del Dwp e che è formato da 13 componenti: il segretario di Stato per il lavoro e le pensioni (*Secretary of State for work and pensions*), dai 4 ministri competenti sulle materie lavoristiche e previdenziali (*Minister of State for pensions, employment, disabled people and welfare reform*), dal segretario permanente e da due dei sei direttori generali del Dwp (questi ultimi tre hanno, nel board, i poteri esecutivi appartenendo alla struttura amministrativa) nonché da altri 5 esperti esterni, nominati dal segretario di Stato e aventi una specifica esperienza nel campo previdenziale sia pubblico che privato, ma senza potere esecutivo. Tutte queste nomine sono soggette al giudizio del Commissario governativo per le nomine pubbliche (*Commissioner for public appointments*), una figura molto rilevante nell'ordinamento britannico che viene incaricato direttamente dalla Corona e la cui caratteristica è quella di non appartenere alla categoria dei funzionari pubblici. Il suo giudizio insindacabile sulle nomine nella pubblica amministrazione è vincolante ed è ispirato ai principi della competenza, del merito e della trasparenza dei soggetti can-

RPS

Massimo Antichi

didati alla varie cariche. Senza il suo *placet* le nomine non hanno luogo. Se si può avanzare una critica al sistema di governance in vigore in Gran Bretagna, questa può essere sintetizzata nella totale assenza di coinvolgimento degli stakeholder, pur sempre «azionisti» di maggioranza, negli organi di governo del Dwp, in quanto la spesa sociale è finanziata, ancora prevalentemente (per il 62% come abbiamo già visto), secondo lo schema assicurativo.

#### 6. ...e negli Usa: la *Social security administration*

Un esempio diverso da quello britannico è rappresentato dagli Stati Uniti d'America, paese dove, nonostante la previdenza integrativa svolga un ruolo determinante per fornire un soddisfacente livello di prestazioni pensionistiche al momento della cessazione dell'attività lavorativa, la previdenza obbligatoria (*first pillar*) rappresenta una componente fondamentale nella vita degli americani e la sua gestione è stata attribuita ad un unico ente previdenziale obbligatorio a cui tutti i datori di lavori hanno l'obbligo di versare la contribuzioni relative ai loro dipendenti. Si tratta della *Social security administration* (Ssa)<sup>18</sup>. Nel 2012, questo ente indipendente ha assicurato le prestazioni di invalidità, vecchiaia e superstiti (Oasdi) della parte obbligatoria a circa 161 milioni di lavoratori dipendenti e autonomi americani e ha erogato circa 57 milioni di prestazioni previdenziali di cui il 65% (pari a circa 37 milioni) è rappresentato da pensioni, il 16% da prestazioni di invalidità e per la parte rimanente da benefici ai superstiti di assicurato. La Ssa fornisce anche un supporto al reddito per gli indigenti (*Supplemental security income* - Ssi) nonché l'assistenza per accedere al *MediCare* che è l'assicurazione sanitaria base gestita dallo Stato per la fornitura dei servizi essenziali in campo di assistenza medica. Circa il 90% della popolazione americana over 65 riceve il sostegno dalla Ssa in una qualche forma e le sue erogazioni arrivano a rappresentare il 39% del loro reddito complessivo. Il tasso di copertura medio delle prestazioni pensionistiche di primo pilastro rispetto alle retribuzioni percepite è di circa il 60% per una carriera lavorativa piena e rispetto ai redditi medi di un operaio dell'industria oltre i quali il tasso di copertura decresce. Nel conto consolidato del bilancio federale statunitense il programma

<sup>18</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito internet: [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

di sicurezza sociale rappresenta una componente rilevante sia delle entrate che delle spese complessive arrivando a rappresentare rispettivamente il 23% e il 22% del budget federale per l'anno 2012.

Il funzionamento della Ssa<sup>19</sup> è garantito attraverso il finanziamento di due fondi separati: il *Federal Old-age and survivors insurance* (Oasi) *trust fund* e il *Federal disability insurance* (Di) *trust fund*. Le entrate sono assicurate dalla *Social security tax*<sup>20</sup> versata, nella stessa misura, sia dai lavoratori dipendenti (ma ripartita egualmente tra lavoratore e datore di lavoro) che da quelli autonomi. Si tratta, pertanto, di un sistema di finanziamento delle prestazioni a ripartizione (*Payg*) e non a capitalizzazione (*fully funded*). Quest'ultima precisazione è necessaria in quanto il Tesoro americano essendo tenuto per legge a investire gli avanzi di gestione del *Social security trust fund*<sup>21</sup> – il cui conto consolidato è stato in attivo fino al 2009 – in apposite emissioni di titoli obbligazionari garantite dal Governo federale ha indotto qualche commentatore a ritenere la Ssa equivalente, nella gestione, ad un fondo cd. *fully funded*. In realtà, gli avanzi del fondo possono essere investiti esclusivamente in titoli di stato Usa non commerciabili sul mercato. I suoi avanzi vengono utilizzati così per finanziare le altre spese federali ma su tali somme il Tesoro deve corrispondere una remunerazione pari al rendimento di mercato di quei titoli che sono detenuti effettivamente dal Fondo. Le somme accumulate a seguito di questi avanzi ammontavano a 2.732,3 miliardi di Usd<sup>22</sup> alla fine del 2012 e sulle quali il Fondo riceve regolarmente dal Tesoro Usa gli interessi maturati sui titoli in scadenza. Queste somme potranno essere utilizzate dal Fondo per pagare le prestazioni in caso di necessità, e il Tesoro sarà costretto a riti-

<sup>19</sup> Per una descrizione dell'evoluzione della *Social security* Usa, si rinvia a Sider (2012). In particolare, è a seguito dell'approvazione dei *Social security amendments* del 1983 che con l'estensione della copertura ai lavoratori pubblici federali, con l'incremento dell'età pensionabile e la tassazione dei benefici pensionistici i disavanzi della Ssa registrati fino ad allora si tramutano in avanzi cospicui negli anni seguenti.

<sup>20</sup> Pari al 12,4% per la *Social security* e al 2,9% per la *Medicare hospital insurance* sulle retribuzioni o sui redditi netti da lavoro autonomo entro un tetto imponibile di 113.700 Usd (2013).

<sup>21</sup> Per una descrizione dettagliata del funzionamento dei *Ssa trust funds*, si rinvia a Nuschler e Sidor (2013).

<sup>22</sup> Si tratta di un ammontare enorme, equivalente, ad esempio, allo stock del debito pubblico dello Stato italiano.

rare quei titoli in cambio di risorse effettive da trasferire in favore della Ssa. Tali risorse potranno essere coperte o attraverso il finanziamento con debito pubblico effettivo, ma in questo caso il Tesoro potrebbe incorrere nel limite al debito pubblico americano, ovvero attraverso una maggiore tassazione. Ancorché nel 2012 i conti della Ssa espongano un *deficit primario*<sup>23</sup> pari a 55 miliardi di Usd, il 93,1% del totale delle spese a carico della Ssa (pari a 785,8 miliardi di Usd) è stato garantito dalle entrate al netto degli interessi maturati sugli investimenti del fondo (pari a 731,1 miliardi di Usd). Ma se si tiene conto che nel 2012, i *Ssa trust funds* hanno percepito dal Tesoro Usa, ben 109 miliardi di Usd<sup>24</sup> in relazione ai titoli detenuti, allora il deficit si tramuta in un surplus di 54 miliardi di Usd<sup>25</sup>. Pertanto, il sistema previdenziale statunitense, di diritto, è uno schema di tipo assicurativo in cui il costo del finanziamento delle prestazioni erogate non è posto a carico della fiscalità generale.

Ciò si riflette nel modello organizzativo ma non nella governance della Ssa che, dopo la legge del 1994 promulgata dal Presidente Clinton, è stata qualificata come un'agenzia indipendente. Il governo e la gestione dell'ente dipendono da una struttura che è nominata direttamente dal Governo federale. Il potere esecutivo è esercitato da un commissario governativo coadiuvato da un vice commissario esecutivo e da 11 ulteriori vice commissari (più il capo dell'ufficio attuariale) ognuno responsabile di una specifica area di lavoro. L'attività del commissario è sostenuta da un capo staff, un vice capo staff, un segretario esecutivo e un responsabile dell'ufficio dei programmi internazionali. La struttura è fortemente centralizzata anche se garantisce la propria presenza su tutto il territorio nazionale con 10 uffici regionali, 6 centri di lavorazione e circa 1.260 uffici periferici in cui lavorano più di 66.000 dipendenti. Per il suo funzionamento, nel 2012, la Ssa ha avuto a disposizione un budget annuo di circa 9 miliardi di euro, di

<sup>23</sup> Il deficit non tiene conto delle entrate per interessi maturati sul patrimonio del *Ssa trust fund*.

<sup>24</sup> Equivalenti ad un tasso di interesse riconosciuto al Fondo sui titoli detenuti pari mediamente al 4,1% annuo per l'anno 2012.

<sup>25</sup> Il *Social security trustees* nel suo *Annual report 2013* prevede che il *Social Security trust fund* accuserà dei *cash flow deficits* per ogni anno dei prossimi 75 anni del periodo di previsione, determinando l'esaurimento del fondo nel 2032, anno in cui, se non sarà aumentata l'aliquota di 2,66 punti percentuali a partire dal 2014 (passando dal 12,40 al 15,06%), il Fondo non potrà più erogare prestazioni.

cui 4,9 miliardi sono stati destinati alla remunerazione del personale<sup>26</sup>. L'articolazione della governance della Ssa prevede la presenza di un'attività di controllo esercitata dal *Social security advisory board* (Ssab)<sup>27</sup> che è composto da sei componenti<sup>28</sup> che provvedono, coadiuvati da una struttura ad hoc, a recepire qualsiasi forma di reclamo e suggerimento da parte degli utenti singoli e delle categorie in generale. Grazie a questa attività e alle specifiche qualità dei membri del board, la Ssab, secondo lo statuto, controlla e vigila in modo indipendente sulle attività della Ssa, fornendo raccomandazioni a questa circa la qualità dei servizi e la loro aderenza agli obiettivi fissati dalla legislazione previdenziale, relazionando autonomamente al Congresso e al Senato statunitense (riuniti in seduta congiunta) circa l'attività svolta dalla Ssa e l'aderenza delle prestazioni erogate ai bisogni e alla normativa.

Anche nel sistema di governance in vigore negli Usa, così come in Gran Bretagna, assistiamo a una totale assenza degli stakeholder negli organi di governo della Ssa. Ma diversamente dal caso britannico, ciò non trova giustificazione nel modello di funzionamento del sistema di sicurezza sociale adottato dal paese.

<sup>26</sup> Nel 2012, 3,7 miliardi di euro sono state le spese per il personale a cui devono essere aggiunte le «altre spese per il personale» pari a 1,2 miliardi di euro. Per avere un termine di confronto, in Italia (Bilancio di previsione per il 2014) l'Inps, articolato in circa 700 strutture periferiche e forte di circa 33.000 unità di personale, per il suo funzionamento disporrà di un budget complessivo annuo di 4,4 miliardi di euro, di cui 2,4 miliardi di euro saranno destinati alle spese per il personale. Volendo dare un giudizio, seppur grossolano, sul livello della spesa amministrativa sostenuta in Italia dagli enti previdenziali – tenendo conto che le funzioni svolte dalla Ssa sono più ampie di quelle svolte dall'Inps, si pensi all'assistenza sanitaria e di invalidità, quest'ultima svolta in Italia da un altro istituto – considerato il rapporto tra il numero complessivo dei dipendenti di Inps e Inail (44.000) rispetto a quelli della Ssa, quest'ultima pari a circa 6,8 miliardi di euro, risulterebbe più alta di 1 miliardi di euro circa a quella statunitense ma del tutto confrontabile e coerente rispetto a quella del personale pari in totale a 3,2 miliardi circa; sempre in proporzione al numero dei dipendenti, risulterebbe superiore, invece, sia per il totale (+3 miliardi) che per le spese del personale (+1,5 miliardi) a quella sostenuta annualmente nel Regno Unito (che tra l'altro, ha uno spettro di competenze più ampio di quelle gestite dall'Inps).

<sup>27</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito internet: [www.ssab.gov](http://www.ssab.gov).

<sup>28</sup> Il *Secretary of the Treasury, of Labor, of Health and Human services*, il *Commissioner of Social security* e due esperti indipendenti nominati dal presidente degli Stati Uniti.

### 7. Un quesito: dipartimento governativo o amministrazione autonoma?

La ragione fondamentale per cui ci siamo dedicati a descrivere la governance della sicurezza sociale della Gran Bretagna e degli Stati Uniti d'America<sup>29</sup> è perché questi due paesi rappresentano due esempi molto diversi, quasi opposti, di funzionamento del welfare state: quello britannico, come abbiamo già avuto modo di osservare, rappresenta l'impostazione innovativa «universalistica», finanziata attraverso la fiscalità generale; quello statunitense, invece, rappresenta l'ortodossia «assicurativa» in cui gli iscritti attraverso il pagamento di un premio, finanziano le prestazioni cui avranno diritto in relazione al legame sinallagmatico tra contribuzione e prestazione. Tale collocazione dei due modelli agli estremi di un'ipotetica scala, rappresentata dalla maggiore o minore lontananza dall'autofinanziamento *vs* la dipendenza dalla fiscalità generale, si dovrebbe riflettere quasi naturalmente nel modello di governance, non solo nell'attribuzione della sua gestione ad un organismo pubblico direttamente controllato dal governo ovvero autonomo; ma dovrebbe essere data agli utenti la possibilità di essere chiamati a esprimersi oltre che rispetto alla qualità dei servizi offerti anche relativamente all'equità del sistema e alla sua rispondenza, in termini di prestazioni offerte, alle loro esigenze. Ciò nel rispetto di un naturale principio che deriva dall'essere i finanziatori del sistema di sicurezza sociale.

Dall'esame dei casi di studio sopra descritti e dalla letteratura che si è sviluppata sull'argomento, appare ora più chiaramente che il modello di governance dell'istituzione amministrativa che gestisce l'erogazione delle prestazioni sociali, e in particolare di quelle previdenziali, dovrebbe discendere, quasi logicamente, da quello di welfare che caratterizza il sistema. Quindi, non si tratta di stabilire a priori la superiorità di un sistema organizzativo rispetto ad un altro, ad esempio, sulla base di un mero giudizio di maggiore o minore semplificazione amministrativa. Si tratta, invece, di adottare un modello che sia quello che risponde meglio agli interessi degli stakeholder che potranno essere direttamente o indirettamente, attraverso le scelte del governo, rappresentati dai *trustees* incaricati dell'attuazione delle politiche sociali di un determinato paese.

Come abbiamo visto dalla descrizione dell'evoluzione avvenuta sul tema, soprattutto in Gran Bretagna, le modalità di individuazione dei

<sup>29</sup> Per una esauriente descrizione della governance in altri paesi europei si rinvia a: Bove, Valotti e Volpe (2012).

soggetti beneficiari del welfare (il «cosa») sono strettamente legate al modello con cui quei benefici sono erogati (il «come»). In effetti, l'idea di amministrazione della previdenza attraverso un organismo autonomo è legata a quella di autonomia finanziaria del sistema pensionistico dalla fiscalità generale. Di conseguenza, non può esistere una neutralità del legislatore nella scelta tra il modello del dipartimento ministeriale (o dell'Agenzia) e quello di un'amministrazione autonoma che si caratterizza per una maggiore indipendenza rispetto al controllo da parte dello Stato centrale. Quando (diversamente dal caso italiano e ancora più diversamente da quello degli Stati Uniti in cui l'autofinanziamento del sistema previdenziale deve essere garantito nel lungo periodo, si pensi al ruolo del *Social security trust fund*) l'autonomia finanziaria non è più garantita, viene a cadere la ragione per cui il sistema previdenziale debba essere gestito da un'amministrazione autonoma (con il coinvolgimento e la responsabilizzazione, o meno, dei cd. stakeholder).

RPS

Massimo Antichi

#### 8. *Un tentativo di sintesi: definire un assetto standard della governance*

Cercare di trarre dall'esame dell'esperienza britannica e statunitense una qualche conclusione valida in assoluto circa l'individuazione di una struttura standard di governance non sarebbe corretto. Molteplici sono i fattori che influenzano quest'ultima e che dipendono dalla natura delle attività svolte e dalla loro dimensione. Ad esempio, nel caso di un piccolo organismo in cui il personale sia concentrato territorialmente e dove la gamma delle funzioni svolte sia abbastanza ristretta, anche l'assetto di governance può essere relativamente semplice. Viceversa, realtà di più grandi dimensioni, con una più ampia diffusione territoriale e una maggiore articolazione e complessità delle funzioni svolte, richiedono strutture di governance più articolate e complesse. All'interno di queste realtà si possono rendere necessarie funzioni e responsabilità delegate che, però, devono operare in un quadro di governance chiaro, coeso e integrato. Esistono esempi di agenzie in cui sono presenti elevati livelli di decentramento delle responsabilità, ma in un quadro di governance strutturato e centralizzato. In alcuni lavori sono anche segnalati casi in cui si verificano confusioni di competenze, quel che viene fortemente raccomandato è che, tuttavia, anche laddove le responsabilità siano condivise a livello inferiore, la decisione ultima, soprattutto in tema di decisioni strategi-

che o di pianificazione, debba rientrare esclusivamente nella responsabilità degli organi di vertice (Bartos, 2004).

Tuttavia, relativamente alle organizzazioni di livello altamente complesso, sia per dimensioni che per funzione svolta, possiamo affermare che nelle esperienze esaminate emerge con costanza la previsione:

1. di un *management board* o *executive committee* composto generalmente da un segretario generale, che lo presiede, e da vice-segretari generali. Possono essere presenti anche alcune figure manageriali appartenenti ai ruoli chiave della gestione (Cfo, ecc). Questo organismo ha il compito di definire la programmazione delle attività sulla base della pianificazione strategica ed è generalmente supportato dal lavoro svolto da sottocommissioni permanenti, presiedute dai vicesegretari, che si occupano di materie di alto profilo quali, ad esempio: l'*audit* (responsabile della gestione del rischio amministrativo e gestionale, dell'*accountability*, della *conformance* alla legge), l'etica, l'*information technology*, le politiche del personale e della comunicazione. Il pluralismo e la collegialità sono i requisiti indispensabili per garantire quell'ampiezza di competenze necessarie per l'assunzione di decisioni consapevoli e informate che viceversa difficilmente possono essere garantite da una composizione monocratica. Solitamente è dedicata grande attenzione alle politiche retributive del personale con comitati ad hoc, presieduti direttamente dal segretario generale, che dedicano la loro attività alle politiche retributive del personale, con particolare attenzione a quelle dei top managers. Il segretario generale svolge un ruolo cruciale nell'indirizzare le attività dell'agenzia e delle sottocommissioni. Queste ultime svolgono un importante ruolo di riferimento e guida delle attività dei managers e li aiuta a condividere gli obiettivi e i risultati attesi dalla loro attività dal *management board*. In alcuni casi all'interno del *board* sono nominati membri esterni per garantire una maggiore indipendenza e autonomia di giudizio (Anao, 2005);
2. di un comitato denominato *general council* o *program committee* che ha un ruolo di osservatore delle attività svolte dal *management board* ovvero di pianificazione e supervisione strategica degli obiettivi e delle attività espletate dall'istituzione pubblica ma non prende parte al processo decisionale. In relazione alla rilevanza sociale dell'attività svolta dall'organizzazione pubblica, come nel caso della sicurezza sociale, vede la partecipazione diretta dei responsabili di massimo livello delle politiche governative (ad esempio, del *Secretary of State for work and pensions* in Uk o del *Secretary of the treasury* negli Usa).

In conclusione riepilogando, per garantire il buon funzionamento di un assetto di governance ci si dovrebbe preoccupare di:

- a. stabilire con chiarezza finalità, ruolo e responsabilità dei componenti del *management board* e del *general council*;
- b. selezionare i componenti con requisiti di professionalità idonei a svolgere il compito assegnato;
- c. dotare i membri degli organismi delle competenze e delle risorse necessarie per svolgere un ruolo attivo e consapevole nell'assunzione delle loro decisioni;
- d. gestire il rapporto dei *trustees* con il governo e gli stakeholder in quanto rappresenta uno degli elementi critici della governance del settore pubblico.

Si può affermare che il fallimento di una governance dipende dalla cattiva definizione degli aspetti sopra richiamati. Come i fatti recenti dimostrano, la causa di fallimento di un'organizzazione erogatrice di servizi pubblici può nascere a causa di un approccio *hands-off* assunto dai rappresentanti di vertice di queste amministrazioni nei loro rapporti con le autorità di governo ovvero di *hands-off policy* degli stessi rappresentanti governativi e, pertanto, la gestione dell'*accountability* del *management* nei confronti del *board*, di quest'ultimo nei confronti degli stakeholder e del governo, che a sua volta deve rispondere del loro operato al Parlamento, è l'unica garanzia per evitare il temuto collasso di una organizzazione pubblica. Come abbiamo visto, tali finalità possono essere realizzate con o senza il coinvolgimento diretto degli stakeholder, magari attraverso costanti e regolari rilevazioni del grado di soddisfazione dei servizi erogati in favore degli utenti. Tuttavia, riteniamo, condividendo il punto di vista espresso nelle linee guida per la buona governance raccomandate dall'International social security association (Issa, 2010), che quando il sistema di sicurezza sociale sia finanziato secondo il principio assicurativo, la partecipazione degli stakeholder al processo di supervisione strategica offra una maggiore garanzia di successo rispetto all'obiettivo del perseguimento sia dell'efficienza che dell'efficacia del servizio pubblico.

### 9. L'assetto attuale del governo degli enti previdenziali in Italia

In Italia, il modello nasce come assicurativo e non come universalistico, ed è ancora così caratterizzato. Siamo molto distanti, per esplicita scelta del legislatore, da un modello *welfare to work*. La peculiarità prin-

cipale di un modello assicurativo è rappresentato dalla residualità degli interventi di finanziamento a carico della fiscalità generale. Negli ultimi anni, a seguito dei crescenti interventi di finanziamento dei *deficits* dell'Inps a carico del bilancio statale, si è molto discusso circa l'avvenuta trasformazione nel tempo dell'originale modello assicurativo in uno sostanzialmente finanziato dalla fiscalità generale. Tuttavia, per quanto tali interventi siano certamente rilevanti dal punto di vista finanziario, la realtà fattuale non consente di confermare tale affermazione. Anzi, gli effetti delle riforme del sistema pensionistico degli anni '90 consentono di sostenere esattamente il contrario. Nell'ultimo rapporto del Nvsp<sup>30</sup>, prima della sua chiusura, si affermava: «a partire dal 1995, si è manifestata nel sistema obbligatorio una sensibile contrazione della differenza tra la spesa per pensioni al netto della componente assistenziale (Gias) e i contributi previdenziali. Il divario si è quasi completamente colmato nel 2008, indicando il raggiungimento di un sostanziale equilibrio tra le entrate contributive e la spesa di natura solo previdenziale» (Nvsp, 2012, p. 12).

Insomma, la natura del modello pensionistico italiano non è assolutamente in discussione: era, ed è ancora, di tipo assicurativo. Pertanto, in una revisione del modello di governance, l'esclusione dal palcoscenico previdenziale delle parti sociali (gli stakeholder in quanto finanziatori principali del sistema) non trova una giustificazione teorica. Allo stesso tempo, però, come abbiamo già avuto modo di sottolineare, non può essere negato il diritto dello Stato centrale a regolamentare e indirizzare le attività di quelle istituzioni pubbliche, responsabili dell'erogazione dei servizi, che concorrono a determinare il giudizio dei cittadini sull'operato del governo e di cui, in fondo, ne risponde politicamente.

Detto questo, allo scopo di individuarne i limiti e tentare di indicarne le possibili soluzioni<sup>31</sup>, è necessario innanzitutto passare attraverso la descrizione dell'attuale assetto di governo di Inps e Inail. La governance degli istituti previdenziali in Italia è quella disciplinata dalla legge 9 marzo 1989, n. 88 così come innovata dal successivo d.lgs. 30 giugno 1994, n. 479<sup>32</sup> con l'introduzione del cd. modello di gestione

<sup>30</sup> Cfr. Graf. 3, del Rapporto del Nvsp (2012).

<sup>31</sup> Per una più accurata descrizione del funzionamento degli organi di governo degli istituti previdenziali si veda la relazione finale curata da Bove, Valotti e Volpe (2012).

<sup>32</sup> L'impianto originale della legge n. 88/1989 è stato modificato più volte nel tempo ma le innovazioni più rilevanti sono state quelle operate dal d.lgs. n. 479/1994,

*duale*. In sintesi, gli organi di governo attualmente previsti dalla normativa sono:

1. il Presidente<sup>33</sup>: ha la rappresentanza legale dell'istituto e approva: i regolamenti, la dotazione organica, il regolamento organico del personale, l'ordinamento dei servizi, gli incarichi di funzione dirigenziale di livello generale e i piani annuali di programmazione e degli obiettivi e i piani di impiego delle risorse annuali. Può deliberare provvedimenti urgenti a prevenzione di situazioni di danno per l'istituto su proposta del direttore generale. Inoltre, predispone: i bilanci, la nomina del direttore generale al ministro del Lavoro, le direttive generali di programmazione sulla base di quella pluriennale, i criteri e i piani pluriennali di investimento e disinvestimento. Infine, vigila sull'attuazione delle proprie direttive e sull'esecuzione delle deliberazioni di tutti gli organi collegiali dell'istituto. Trasmette trimestralmente al Consiglio di indirizzo e vigilanza una relazione sull'attività svolta;
2. il Consiglio di indirizzo e vigilanza (Civ): approva le direttive generali relative all'attività istituzionale, le linee di indirizzo generale e gli obiettivi strategici nell'ambito della programmazione pluriennale, i bilanci, i criteri generali e i piani pluriennali di investimento e disinvestimento e ne verifica i risultati;
3. il Direttore generale<sup>34</sup>: sovrintende l'organizzazione, l'attività e il personale, assicurandone l'unità operativa e di indirizzo tecnico-amministrativo nel rispetto delle direttive impartite dal Presidente. È direttamente responsabile dell'attività diretta al conseguimento degli obiettivi e dei risultati. Formula proposte in materia di ristrutturazione operativa, consistenza degli organici e promozione dei dirigenti;
4. il Collegio dei sindaci<sup>35</sup>: deve controllare l'amministrazione della società, vigila sull'osservanza della legge e dello statuto e accerta la regolare tenuta della contabilità. I sindaci possono procedere in qualunque momento ad atti di ispezione e di controllo.

e da ultimo, dal d.l. n. 78/2010. Si veda anche la nota n.1 del presente testo per una descrizione degli ultimi interventi legislativi.

<sup>33</sup> Art. 3, comma 3 e 5 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 479 e integrazioni successive (per il dettaglio cfr. la nota n. 1).

<sup>34</sup> Art. 3, comma 6 del d.lgs. n. 479/1994.

<sup>35</sup> Art. 3, comma 7 del d.lgs. n. 479/1994: secondo il quale il collegio sindacale svolge le funzioni di cui all'art. 2403 del codice civile.

### 10. *Punti di debolezza dell'attuale assetto*

L'assetto di governance degli istituti previdenziali italiani, molto sinteticamente, è il frutto della sovrapposizione di interventi successivi all'impianto originario stabilito con la legge 9 marzo 1989, n. 88, suggeriti: da una parte, dalla necessità sentita dal legislatore del 1994, di introdurre un corretto principio di separazione tra responsabilità di gestione e responsabilità di indirizzo e controllo<sup>36</sup>; dall'altra, dall'errata valutazione negativa del pluralismo, confuso con la pletoricità, degli organi di governo per le sue presunte implicazioni negative sull'efficienza del processo decisionale, che, viceversa, dovrebbe rappresentare uno dei punti di forza di un organismo collegiale. A distanza di vent'anni dall'entrata in vigore del d.lgs n. 479/1994, la governance degli istituti previdenziali ha mostrato, ormai con manifesta evidenza, i suoi limiti e la necessità di un intervento di manutenzione straordinaria e i suoi limiti possono essere così sintetizzati:

- a. assenza di un processo di definizione del ruolo di indirizzo governativo (*steering*) nell'attribuzione degli obiettivi, dei vincoli e del loro monitoraggio;
- b. inadeguatezza del processo di nomina dei delegati alle strutture di governance;
- c. cattiva definizione delle funzioni degli organi di governo, secondo un principio di separazione delle responsabilità di indirizzo da quelle di gestione, aggravata anche a causa dell'utilizzo di un linguaggio incoerente e ambiguo nella delineazione dei rispettivi ambiti di competenza che ha richiesto in più occasioni la necessità di interpretazioni di chiarimento da parte del ministro del Lavoro<sup>37</sup>;

<sup>36</sup> Tale principio fu introdotto in via generale nella prassi delle pubbliche amministrazioni con l'entrata in vigore del d.lgs 3 febbraio 1993, n. 29.

<sup>37</sup> Termini quali, ad esempio: *approva, determina, delibera, individua, predispone*, non prestandosi sempre a una interpretazione univoca, sono stati fonte di conflitti e sovrapposizioni di competenze tra gli organi; e tra questi e la dirigenza. A causa di ciò, a più riprese, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali è dovuto intervenire con apposite direttive ministeriali (cfr. le direttive del 29 novembre 2010 e del 28 aprile 2011) per chiarire le competenze e le attribuzioni degli organi degli istituti previdenziali a causa delle ulteriori incertezze interpretative derivanti dalle modifiche apportate al d.lgs. n.479/1994 con l'art. 7, comma 8 del d.l. 31 maggio 2010, n. 78.

- d. carenza nella promozione e diffusione di valori etici (*Nolan's principles*) tra i protagonisti della gestione e di una clamorosa assenza di una disciplina sui conflitti di interesse;
- e. mancanza di un contesto decisionale informato e consapevole derivante dalla monocraticità dell'organo di gestione;
- f. improprio coinvolgimento degli stakeholder nel processo decisionale con l'attribuzione di competenze gestionali piuttosto che di supervisione strategica della reputazione e dell'effettività delle coperture previdenziali.

RPS

Massimo Antichi

### 11. Conclusioni: istruzioni per un'ipotesi di riforma

Per concludere, ci permettiamo di raccomandare al Governo che le soluzioni adottate nella ineludibile revisione della governance degli enti previdenziali, alla ricerca di un *nuovo assetto* capace di promuovere l'interesse pubblico e quello degli stakeholder, prevedano:

1. l'introduzione di una disciplina dei rapporti con il Governo per colmare l'attuale carenza di indirizzo da parte governativa in un percorso in cui, mutuando, ad esempio, dall'esperienza britannica, siano attribuiti alla struttura budget e obiettivi secondo un processo negoziale cui partecipino i rappresentanti di vertice dell'istituto previdenziale e in cui siano concordate le modalità con le quali perseguire tali obiettivi che, pertanto, dovranno confluire nella programmazione delle attività. Ed in cui, infine, a chiusura di tale processo negoziale, siano individuati gli indicatori statistici o qualitativi per il controllo dei risultati da parte del mandante, dando una risposta alla giusta esigenza di sottoporre a rendicontazione delle risorse utilizzate e dei risultati perseguiti il management e gli organi della struttura pubblica (*accountability*);
2. la costituzione di una Commissione per le nomine pubbliche, sulla falsa riga della britannica *Commissioner for public appointments*, cui sarebbero sottoposte le candidature ai collegi per l'espressione di una valutazione, insindacabile, basata su principi di competenza, di merito e di trasparenza;
3. la riduzione del numero degli organi alla loro essenzialità, eliminandone la ridondanza e facendo confluire le competenze gestionali, ripartite oggi tra presidenza e direzione generale, in un unico organo gestionale, collegiale, composto da un numero contenuto di componenti di nomina governativa che dovrebbe poter restare in

carica per un periodo limitato ma sufficientemente lungo per essere compatibile con l'attuazione di un programma;

4. l'attribuzione, a completamento di una logica di *accountability*, a una assemblea degli stakeholder del potere di indirizzo e controllo strategico rispetto alla verifica dell'effettività della protezione sociale nonché della conformità dei risultati conseguiti con quelli programmati, escludendo ogni forma di partecipazione alle decisioni gestionali. Questo nuovo organismo dovrebbe essere rappresentato, oltre ai già previsti delegati delle parti sociali e datoriali, riconoscendo l'ancora prevalente natura assicurativa del nostro sistema pensionistico, da tutti gli attori del palcoscenico previdenziale. Per cui, dovrebbe prevedere la presenza: del Governo, con rappresentanti di alto profilo, in quanto risponde politicamente della qualità delle prestazioni erogate; di rappresentanti del management, per favorire la condivisione delle strategie programmatiche; di una piccola aliquota di esperti della materia a garanzia di una maggiore competenza e autonomia di giudizio dell'organismo;
5. la conferma delle attuali prerogative del collegio sindacale secondo quanto previsto dall'art. 2403 del codice civile.

Crediamo che rafforzando la separazione dell'indirizzo politico da quello gestionale e riducendo il numero degli organi alla loro essenzialità sarà possibile superare le criticità del cd. sistema «duale» e recuperare pienamente quella credibilità così indispensabile per un'istituzione che rappresenta una componente fondamentale per il futuro dei cittadini, oggi fortemente compromessa dai recenti fatti di cronaca in cui sono stati coinvolti i vertici istituzionali, senza stravolgere o rinnegare le giuste intuizioni contenute nell'assetto normativo precedente.

### Riferimenti bibliografici

- Anao, 2003, *Public sector governance, volumes 1&2: Better practice guide*, Australian national audit office, Canberra.
- Anao, 2005, *Public sector audit committees: Having the right people is the key*, *Better practice guide*, Australian National Audit Office, Canberra.
- ApSC, 2005, *Foundations of governance in the Australian public service*, Australian public service commission, Canberra.
- Bartos S., 2004, *Public sector governance Australia*, Cch Australia, Sidney.
- Bevir M. e Rhodes R.A.W., 2003, *Interpreting british governance*, Routledge, Londra.
- Bove B., Valotti G. e Volpe C., 2012, *Gruppo di lavoro sulla governance degli enti pre-*

*videnziali e assicurativi pubblici. Risultati dell'istruttoria tecnica: Relazione finale*, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma.

Carmel E. e Papadopoulos T., 2003, *The new governance of social security in Britain*, in Millar J. a cura di, *Understanding social security: issues for policy and practice*, Bristol, The Policy Press.

Cgil, Cisl, Uil e Confindustria, 2012, *La riforma del sistema di governance e del modello organizzativo degli enti previdenziali e assicurativi: avviso comune*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <http://online.cisl.it/bibliotecaweb/FOV3-00073540/FOV3-0007F3F9/FOV3-0007F7BA/Avviso%20Comune%20riforma%20enti%20previdenziali.pdf>. Committee on Standard in Public Life, 1995, *First report of the committee on standard in public life*, Londra.

Dwp, 2011, *Workforce management 2010-2011*, disponibile all'indirizzo internet: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/221605/workforce-management-2010-2011.xls](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/221605/workforce-management-2010-2011.xls).

Dwp, 2013, *Annual report & accounts 2012-2013*, disponibile all'indirizzo internet: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/264555/dwp-annual-report-accounts-2012-2013.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/264555/dwp-annual-report-accounts-2012-2013.pdf).

Grossman S. e Hart O., 1983, *An analysis of the principal-agent problem*, «Econometrica», vol. 51, n. 1, pp. 7-45.

HM Revenue&Customs, 2013, *Tax receipts between England, Wales, Scotland and Northern Ireland 2000-2013*, disponibile all'indirizzo internet: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/254896/latest-stats.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/254896/latest-stats.pdf).

Iacovino A., 2005, *Teorizzare la governance. Governabilità ai tempi del globale*, Aracne, Roma.

Issa, 2010, *Good governance guidelines for social security institutions: A self-assessment toolkit*, International social security association, Ginevra.

Kooiman J., 1993, *Social-political governance: an introduction*, in Kooiman J., *Modern governance: New government-society interactions*, Sage, Londra, pp. 1-9.

Musalem A.R. e Ortiz M.D., 2011, *Governance and social security: moving forward on the Issa good governance guidelines*, «International Social Security Review», vol. 64, n. 4, pp. 9-37.

Nuschler D. e Sidor G., 2013, *Social security: The trust fund*, Congressional Research Service, Washington.

Nvsp, 2012, *Gli andamenti finanziari del sistema pensionistico obbligatorio*, Nucleo di valutazione della spesa previdenziale, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma.

Osborne D. e Gaebler T., 1992, *Reinventing government*, Addison-Wesley Publ. Co., New York.

Rhodes R.A.W., 1996, *The new governance: governing without government*, «Political Studies», vol. 44, n. 4, pp. 652-667.

Rhodes R.A.W., 1997, *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Open University Press, Buckingham.

Sider G., 2012, *Major decisions in the House and Senate on social security: 1935-2012*, Congressional Research Service, Report, RL 30920, Washington.

RPS

Massimo Antichi

- Spadafora F., 2003, *Il sistema previdenziale del Regno Unito*, Cerp, «Argomenti di discussione», n. 4.
- Stoker G., 1994, *Local governance in Britain*, Department of government, University of Strathclyde, Glasgow.
- Stoker G., 1998, *Governance as theory: five propositions*, «International Social Science Journal», vol. 50, pp. 17-42.
- Uhrig J., 2003, *Review of the Corporate Governance of Statutory Authorities and Office Holders*, Report to the Prime Minister and Minister for Finance and Administration, Canberra.

## I problemi di una nuova governance nei servizi di interesse generale

**Gianni Geroldi**

*La legislazione europea, oltre alla nuova denominazione di «servizi di interesse generale», ha previsto una serie di importanti modifiche nei diversi settori dei tradizionali servizi pubblici. Per i servizi erogati in rete, la progressiva liberalizzazione dei mercati ha comportato una revisione degli assetti organizzativi e dei sistemi di gestione in direzione di modelli di governance più simili a quelli di imprese operanti nei settori dei beni privati. Nel campo dei servizi sociali, con la parziale liberalizzazione dell'offerta, la richiesta di maggiore partecipazione dei cittadini e vincoli di bilancio più stringenti, si stanno manifestando*

*cambiamenti che richiedono nuove capacità di governance per mantenere il coordinamento di interventi differenziati e per garantire gli indirizzi delle policy. Il maggior numero di attività e un'articolazione sempre più complessa dei compiti impone anche ai servizi di welfare incentrati sull'erogazione di prestazioni monetarie aggiornamenti nelle strategie e nei sistemi di gestione. Nel caso italiano, la presenza di un ente previdenziale quasi unico che eroga prestazioni previdenziali, indennità ai disoccupati, incentivi all'occupazione e altri sostegni monetari di welfare, rende quest'ultimo obiettivo di particolare attualità.*

### *1. L'evoluzione dei servizi pubblici e il nuovo quadro di classificazione*

I cambiamenti che sono in corso ormai da diversi anni nell'ambito di quelli che tradizionalmente vengono chiamati «servizi pubblici» e, in particolare, in quei settori dei servizi che hanno un diretto collegamento con i sistemi di protezione sociale, compresa l'erogazione di prestazioni monetarie, sta richiamando molta attenzione, sia da parte degli amministratori pubblici, su cui ricade la responsabilità di scelte che devono necessariamente innovare rispetto al tradizionale modo di operare della pubblica amministrazione, sia tra coloro che sono impegnati con diversi livelli di responsabilità in questi servizi, che si vedono proiettati verso modalità di organizzazione e di gestione diverse rispetto al passato. Le problematiche che emergono da tali cambiamenti sono anche un tema particolarmente stimolante per gli studiosi dei si-

stemi di welfare e per gli esperti di altre discipline che possono offrire contributi significativi in una fase in cui la riorganizzazione di molte attività di servizio pone in primo piano l'esigenza di misurare i guadagni di efficienza, di valutare gli effetti qualitativi e, non ultimo, di mantenere un reale governo sull'offerta di questi servizi affinché non venga perso di vista il loro fine di utilità pubblica.

In questi anni di cambiamento diverse attività di servizio sono tornate a essere esercitate da aziende private, altre hanno sperimentato attraverso società miste forme di compartecipazione pubblico-privato, mentre altri servizi di interesse pubblico, pur continuando a essere offerti da enti della pubblica amministrazione sono passati attraverso riorganizzazioni che hanno puntato a migliorare l'efficienza con soluzioni di carattere più aziendalistico. Queste trasformazioni hanno già prodotto effetti significativi sul funzionamento degli organismi dell'amministrazione pubblica, con una limitazione dell'attività di fornitura diretta dei servizi e un rafforzamento dei ruoli di programmazione dei volumi dell'offerta, di contrattazione con le società direttamente impegnate nell'erogazione, di monitoraggio delle prestazioni e del grado di soddisfazione dell'utenza. Questa evoluzione non si è limitata al campo dei servizi di contenuto più tecnico e commerciale, come i servizi che passano attraverso le reti di distribuzione, ma ha già prodotto e sta tuttora sollecitando una più generale trasformazione di tutti i compiti delle pubbliche amministrazioni che, da settore «protetto» da pressioni concorrenziali, si ritrovano sempre più nella condizione di dover fronteggiare problematiche amministrative in una fase di globalizzazione dei mercati e di concorrenza tra sistemi.

Questo insieme di compiti e di nuovi strumenti di governo, necessari ad amministrare funzioni complesse a vari livelli organizzativi e in diversi ambiti territoriali, si sostanzia nella cosiddetta governance<sup>1</sup>. Il

<sup>1</sup> È noto che in questi anni il termine governance è stato utilizzato in modo molto allargato e applicato a una generalità di situazioni in cui la presenza di un quadro organizzativo problematico crea necessità di coordinamento. Ciò ha comportato un'inevitabile perdita di valore analitico del termine. In queste note, per delimitarne il significato si fa riferimento esclusivamente ai problemi di coordinamento presenti nell'offerta di servizi pubblici di interesse generale, sia quando l'attività vede coinvolti più soggetti, sia in relazione alle diverse funzioni in capo a singole amministrazioni. A questo scopo, una definizione utile si trova in un saggio di una nota sociologa, studiosa di questi fenomeni e già direttore del *Max Planck Institute for the Study of Societies* che dice: «[...] si ricorre a governance soprattutto per indicare un nuovo stile di governo, distinto dal modello del con-

termine sintetizza l'idea di un'amministrazione connotata dalla capacità di progettare azioni pubbliche di interesse collettivo, non tanto gestendo in proprio servizi e funzioni, quanto coordinando le attività di soggetti pubblici e privati, secondo le strategie di intervento che i decisori pubblici e i responsabili operativi dell'amministrazione elaborano. Questo stile di policy comporta la capacità dei decisori pubblici di rispondere a una domanda complessa come quella dei servizi di interesse generale, indirizzando efficacemente verso gli obiettivi un'offerta la cui struttura si compone di una gamma composita di attori, forme organizzative e modelli di relazione. Questa interazione di più soggetti dal lato dell'offerta non significa che l'attivazione di forme di governance non possa prevedere un elevato grado di partecipazione democratica dei soggetti che determinano la domanda di servizi. Al contrario, secondo alcuni approcci politologici, l'applicazione allargata di modelli di governance partecipati può essere considerata come il paradigma di organizzazione strutturale verso cui dovrebbero tendere i moderni sistemi di policy making<sup>2</sup>.

Prima di affrontare in modo più specifico il tema della governance nell'ambito dei servizi di interesse generale, sono però necessarie alcune precisazioni che mettano in evidenza le particolarità di questi servizi, delimitando gli ambiti di attività a cui ci si deve riferire e gli aspetti di carattere organizzativo e operativo da prendere in considerazione. A tale scopo, è necessario fare un sintetico richiamo ad alcuni elementi di carattere generale che servono a delineare un quadro di classificazione entro cui collocare le diverse attività. In primo luogo, va rilevato che il termine generico «servizi pubblici», con i relativi riferimenti giuridici, sebbene sia ancora largamente usato nell'ordinamento italiano, è in via di progressivo superamento nel diritto comunitario che utilizza la più ampia locuzione di «servizi di interesse generale». In proposito, la Commissione europea, con una propria comunicazione che si richiama all'art. 14 del Trattato sul funzionamento

trollo gerarchico e caratterizzato da un maggior grado di cooperazione e dall'interazione tra lo stato e attori non-statali all'interno di reti decisionali miste pubblico/private» (Mayntz, 1999, p. 3). A una definizione pressoché analoga di governance si richiama anche la Comunicazione della Commissione europea del 25 luglio 2001, riguardante la «Governance europea - Un libro bianco» (Commissione europea, 2011b).

<sup>2</sup> Su questa linea, con particolare riferimento alle politiche locali si veda: Mignella Calvosa (2007).

dell'Unione europea (Tfue), ha da tempo formulato un «quadro concettuale di base», che distingue tra<sup>3</sup>:

- *servizi di interesse generale* (Sig): ovvero i servizi che le autorità pubbliche degli Stati membri considerano di interesse generale e pertanto sono oggetto di specifici obblighi di servizio pubblico (Osp). Essi riguardano sia le attività economiche che i servizi non economici. Questi ultimi non sono soggetti ad una normativa Ue specifica né alle norme del Trattato in materia di mercato interno e concorrenza;
- *servizi di interesse economico generale* (Sieg): si tratta di attività economiche i cui risultati contribuiscono all'interesse pubblico generale e che non sarebbero svolte dal mercato senza un intervento statale, o sarebbero svolte a condizioni differenti in termini di qualità, sicurezza, accessibilità economica, parità di trattamento o accesso universale;
- *servizi sociali di interesse generale* (Ssig): comprendono i regimi di sicurezza sociale che coprono i rischi fondamentali dell'esistenza e una gamma di altri servizi essenziali forniti direttamente al cittadino con un ruolo preventivo e di coesione/inclusione sociale. Seppure alcuni servizi sociali (come i regimi di sicurezza sociale previsti per legge) non siano considerati attività economiche dalla Corte europea, la giurisprudenza della Corte afferma chiaramente che la natura sociale di un servizio non è di per sé sufficiente per qualificarlo come attività non economica. Il termine «servizio sociale di interesse generale», di conseguenza, riguarda attività sia economiche che no;
- *obbligo di servizio universale* (Osu): gli Osu sono un tipo di Osp con i quali si stabiliscono le condizioni per assicurare che taluni servizi vengano messi a disposizione di tutti i consumatori e utenti di uno Stato membro, a prescindere dalla loro localizzazione geografica, a un determinato livello di qualità e, tenendo conto delle circostanze nazionali, ad un prezzo abbordabile. La definizione di Osu specifici è stabilita a livello europeo come componente essenziale della liberalizzazione del mercato nel settore dei servizi, quali le telecomunicazioni, i servizi postali e i trasporti.

Nel definire ulteriormente questo quadro concettuale, la Commissione europea ha anche rilevato che la nozione di «servizio pubblico» è

<sup>3</sup> Secondo la Commissione europea, la classificazione parte dal presupposto che il dibattito sui servizi di interesse generale risenta di una mancanza di chiarezza dal punto di vista terminologico e che i concetti siano utilizzati in maniera intercambiabile e inaccurata. Si veda Commissione europea (2011b).

utilizzata talvolta in maniera ambigua, in quanto può riferirsi al fatto che un servizio è offerto al pubblico in generale e/o nell'interesse pubblico, o può riferirsi anche all'attività di enti pubblici. Per evitare le ambiguità, nella stessa comunicazione si precisa che è opportuno passare dal vecchio riferimento alla terminologia «servizi di interesse generale», «servizi di interesse economico generale» e «servizi sociali di interesse generale».

Queste specificazioni non vanno intese solo come elementi formali di carattere definitorio ma toccano in realtà questioni più complesse che riguardano l'evoluzione, tuttora in corso, del ruolo pubblico nei servizi di questo tipo. A tale riguardo, infatti, è bene ricordare che, se ci si limita all'approccio economico tradizionale, nel caso in cui sono considerati servizi che hanno genericamente una funzione di utilità collettiva, si usa il termine «servizio pubblico». In tal senso, si potrebbe pensare che la classificazione europea rappresenti solo una tavola di riferimenti più precisi quando il contenuto richiede una specificazione delle diverse tipologie di servizio. In chiave giuridica, queste definizioni aprono invece complesse problematiche, ancora non risolte in maniera definitiva, ricollegabili per un verso al ripensamento circa i modi di agire della pubblica amministrazione, e per altro verso, agli effetti generati da scelte orientate a valorizzare l'«autonoma iniziativa dei cittadini», ovvero ad un obiettivo che nel nostro paese è stato recepito anche nel testo della Costituzione (art. 118).

Per quanto si dirà in seguito, può essere utile richiamare per sommi capi questa problematica<sup>4</sup>. Per prima cosa, va rilevato che le analisi giuridiche, osservando i cambiamenti già avvenuti, evidenziano come, muovendo da un contesto in cui la finalità pubblica di un servizio era di fatto coincidente con la pubblicità del soggetto che deteneva i poteri di organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi, con il procedere delle politiche di liberalizzazione, stia emergendo una diversa modalità di soddisfare i bisogni della collettività. L'aspetto principale di questo passaggio, come si è già accennato, consiste nella ridefinizione delle responsabilità, da un lato dei pubblici poteri, più indirizzati verso la regolazione che non verso la diretta esecuzione dei servizi e, dall'altro lato, dei soggetti che erogano i servizi in un contesto nel quale vengono ridisegnati gli strumenti e le forme di garanzia a protezione degli utenti.

<sup>4</sup> Questa parte riprende sinteticamente alcune tesi esposte in un interessante saggio sull'argomento (De Grazia, 2012).

Da una impostazione in cui solo attraverso una norma di legge un interesse poteva essere qualificato come pubblico, e di conseguenza il compito di perseguirlo veniva attribuito ai vari livelli della pubblica amministrazione, si è dunque passati a una diversa visione secondo la quale non esiste una nozione unitaria di pubblico interesse e, pertanto, si deve distinguere tra interessi pubblici astratti e generali, che qualificano il fine ultimo dell'agire amministrativo, e interessi pubblici concreti e settoriali che, per loro natura, appaiono mutevoli, in quanto collegati a finalità individuate dalle singole amministrazioni in risposta alle esigenze espresse dai cittadini, individualmente e, in forma organizzata, attraverso gruppi di pressione e associazioni di rappresentanza.

Sebbene molte attività nel campo dei servizi possano rivestire la duplice veste di attività economica e di servizio pubblico, è necessario, in base alle indicazioni che provengono dall'ordinamento europeo, definire i principi guida e le modalità di funzionamento dei soggetti che erogano questi servizi. In astratto, il principio di «economicità»<sup>5</sup> può sembrare un criterio valido per discriminare tra servizi per i quali si pone un problema di compatibilità con le disposizioni del diritto europeo in materia di concorrenza e libertà economiche e «servizi sociali di interesse generale» per i quali i vincoli della normativa europea risultano significativamente più limitati. In realtà, secondo la stessa Commissione europea (2007, p. 5), non è possibile a priori distinguere tra le due tipologie di servizi, in quanto la valutazione deve essere fatta in base all'analisi di ogni singolo caso, con la conseguenza, abbastanza opinabile soprattutto in relazione all'applicazione stabile e univoca delle norme, che i criteri per distinguere tra servizi economici e non economici finiscono per essere demandati a una sede giudiziaria, in particolare alla Corte di giustizia dell'Unione europea, cui compete di

<sup>5</sup> Quando è riferito alla pubblica amministrazione, il «principio di economicità» comporta la realizzazione del massimo risultato in relazione ai mezzi a disposizione, cioè conseguire gli obiettivi stabiliti dalla legge con il minor dispendio di mezzi e di strumenti. In questo modo il legislatore ha inteso improntare il modello gestionale della cosa pubblica ai sistemi manageriali di conduzione dell'impresa privata. Come regole per la gestione la pubblica amministrazione dovrebbe pertanto: a) evitare sprechi nell'utilizzo dei mezzi a disposizione; b) impiegare in modo razionale le risorse materiali e personali a disposizione; c) ottimizzare i risultati. Tali criteri costituiscono un'articolazione del principio costituzionale di garanzia del «buon andamento» dell'azione amministrativa (art. 97 Cost.).

interpretare il diritto comunitario e di valutare se esso viene applicato allo stesso modo in tutti i paesi dell'Ue<sup>6</sup>.

Questa perdurante indeterminatezza nella catalogazione dei diversi servizi per il pubblico e le conseguenze che da essa derivano sul piano delle regole per la concorrenzialità dell'offerta sembrano tuttora rappresentare un problema di non facile soluzione che si riflette sulle scelte dei decisori pubblici, soprattutto a livello locale, nel momento in cui devono scegliere gli arrangiamenti più opportuni per l'esecuzione o l'adeguamento di un'attività di servizio di loro competenza. Al riguardo, è ad esempio discutibile, anche se dai lavori dei giuristi si trae l'indicazione che sia una prassi consueta<sup>7</sup>, il fatto che l'esame di singole situazioni possa costituire la fonte di criteri ordinamentali che si stabilizzano nel tempo. Dalla «fluidità» normativa di questa situazione derivano infatti alcune inevitabili conseguenze. Una riguarda la mole di contenzioso che, per natura, si alimenta di discordanze interpretative. Un'altra, che riguarda maggiormente il piano pratico operativo su cui si concentrano le analisi e i suggerimenti degli economisti e dei consulenti aziendali, è la difficoltà di pervenire a un modello gestionale e di governance «tipico» per le diverse attività di servizio rivolte all'utenza pubblica. Anche prendendo a riferimento la nozione di impresa come è definita nel diritto europeo<sup>8</sup>, alcune ambiguità non

<sup>6</sup> Le questioni legate alla discordanza interpretativa sui servizi che devono obbligatoriamente sottostare alle regole europee in tema di concorrenza dei mercati si riflettono ovviamente sull'applicazione della direttiva in tema di servizi (Direttiva 2006/123/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 dicembre 2006) relativa ai servizi nel mercato interno (Gazzetta ufficiale dell'Unione europea 27 dicembre 2006, l. 376/36), su cui permangono diversi aspetti da chiarire nelle applicazioni adottate a livello dei singoli Stati membri. Sul tema dell'applicazione della direttiva ai servizi sociali si veda Koukiadaki (2012). Per un'interessante disamina dei dubbi che ancora permangono riguardo all'appropriatezza della classificazione dei servizi si veda invece Bauby (2013).

<sup>7</sup> Il rapporto tra ordinamento interno e comunitario è una tematica molto dibattuta dalla dottrina e affrontata in numerose sentenze dalla giurisprudenza costituzionale e comunitaria. Sul tema si veda il recente volume di Guastaferro (2013).

<sup>8</sup> Dal diritto comunitario, per ciò che riguarda l'impresa «[...] emerge una nozione complessivamente più elastica di quella che è propria dei singoli diritti nazionali [...] Si è andata disegnando nel diritto comunitario una nozione che fa leva sulla pura e semplice rilevanza economica dell'attività e dell'organizzazione che la pone in essere, mentre restano in secondo piano i diversi caratteri e qualificazioni formali che, anche in funzione delle diverse finalità, l'attività e l'orga-

vengono eliminate e, soprattutto, rimane in sospeso il quesito se per arrivare a qualificare un'attività come attività di impresa sia essenziale che essa abbia come obiettivo la vendita in senso stretto del servizio.

Su quest'ultimo punto, sempre al fine dell'inquadramento dei servizi di interesse generale, ricade una lunga serie di questioni di difficile interpretazione. Innanzitutto, è da chiarire se, oltre alla «vendibilità» del servizio occorra che vi sia anche una controprestazione, che peraltro può non essere diretta ed espressa da un prezzo unitario ma assolta dai beneficiari con imposte o contributi. Inoltre, i servizi di interesse economico generale, secondo la Commissione, «si differenziano dai servizi ordinari per il fatto che le autorità pubbliche ritengono che debbano essere garantiti anche quando il mercato non sia sufficientemente incentivato a provvedervi da solo» (Commissione europea, 2001a, punto 14). Perciò, secondo questa impostazione, l'interesse generale si fonda anche su una valutazione «politica» che i decisori pubblici esprimono riguardo alla necessità di rispondere comunque ad alcuni bisogni, soprattutto nelle situazioni in cui vi sia l'incapacità del mercato di garantirne un'adeguata soddisfazione. I riferimenti al contenuto economico del servizio passano perciò in secondo piano quando sono prese a riferimento le attività svolte dallo Stato, o per conto dello Stato, nel quadro dei suoi doveri in ambito sociale, culturale, educativo e giudiziario, entro cui rientrano anche fondamentali funzioni della protezione sociale.

In definitiva, da questa breve rassegna dei problemi molto complessi che si vengono a intersecare sul terreno dell'offerta dei servizi pubblici sembrano potersi trarre alcune principali indicazioni utili per quanto verrà esposto in seguito. Primo, è in corso da anni un cambiamento strutturale dei compiti dell'amministrazione pubblica che ha riflessi molto importanti sull'implementazione delle politiche pubbliche, sia nei disegni con cui gli interventi sono configurati sia nella loro valutazione. Secondo, non esiste una netta distinzione tra servizi di interesse generale che nel loro funzionamento ricalcano logiche di mercato in senso stretto e attività fuori da tali logiche. La finalità assegnata a ogni singolo servizio di rilevanza pubblica, le risorse ad esso dedicate, l'ampiezza e l'accessibilità, oltre che gli effetti redistributivi che ne possono derivare, sono scelte di natura politica. Ne consegue che anche i principi di economicità nelle condotte manageriali non

nizzazione possono assumere. Da qui la riconduzione alla nozione di impresa anche dell'attività economica di enti pubblici» (Aa.Vv., 2007, p. 1190).

vedono una separazione tra gestioni di mercato e fuori dal mercato ma, nel rispetto di una regola costituzionale, devono essere elemento qualificante di ogni attività. La liberalizzazione, l'esternalizzazione e l'apertura alla concorrenza nei servizi di interesse generale sono quindi scelte che dovrebbero andare tutte nella direzione di possibili guadagni di efficienza, senza necessariamente distinguere a priori sulla base di una classificazione formale delle attività. Terzo, l'eterogeneità delle forme organizzative che può contraddistinguere l'erogazione delle attività di servizio, ma anche dei contesti economici, sociali e legislativi in cui sono effettuate le scelte, non permettono di arrivare a una modellizzazione di forme organizzative «ottimali», né tantomeno a concepire in modo univoco sistemi di governance particolarmente efficaci. Quarto, infine, tra i fattori di evoluzione che hanno determinato i cambiamenti nel modo tradizionale di funzionare della pubblica amministrazione, non va assolutamente sottovalutata l'aspirazione ad una migliore qualità dei servizi espressa dai cittadini/utenti che, tra gli strumenti per raggiungere questo obiettivo, non considerano solo la possibilità di fare valutazioni ex post, secondo le modalità canoniche qualità/prezzo che orientano un cliente consumatore, ma pongono l'istanza di un loro diretto coinvolgimento nella progettazione e nelle scelte di gestione, attraverso adeguate forme di partecipazione.

## *2. Forme di gestione e metodi di governance dei «servizi di interesse generale»*

Quanto sopra esposto circa le difficoltà di classificare e inquadrare concettualmente l'offerta dei servizi di utilità collettiva può essere d'aiuto per arrivare a una definizione meno vaga della problematica a cui sono indirizzate queste note. Essa è però anche utile per collegare in modo più appropriato le forme gestionali prevalenti nelle diverse tipologie di servizio, e le relative modalità di regolazione coerenti con la legislazione europea in tema di concorrenza<sup>9</sup>, con il tema di riferimento principale, ovvero i modelli di governance sperimentati negli organismi dell'amministrazione pubblica, comprese aziende ed enti, operanti nelle diverse attività.

<sup>9</sup> Per una sommaria descrizione delle linee guida europee in favore della liberalizzazione dei servizi pubblici si veda Commissione europea (2013b).

In aggiunta a questo primo elemento distintivo, per collocare le diverse funzioni dei servizi pubblici in ambiti più omogenei, è opportuno fare un'ulteriore precisazione riguardo ai riferimenti teorici e metodologici. Sul tema dell'erogazione dei servizi pubblici, infatti, è stata prodotta una grande mole di pubblicazioni, dal momento che l'argomento è stato oggetto di diverse analisi giuridiche, economiche e organizzative, che da un iniziale approfondimento degli aspetti più strettamente teorici<sup>10</sup>, si sono estese a diverse questioni problematiche, come quelle relative alle competenze dei diversi livelli territoriali in cui i servizi sono erogati e ai temi più attuali come quello delle trasformazioni derivanti dall'assunzione di nuovi obiettivi di efficienza e concorrenzialità<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Per quanto riguarda l'approccio economico, una teoria di base, abbastanza consolidata, dell'offerta di beni e servizi pubblici è presente in tutti i più diffusi testi universitari di economia pubblica. Come riferimento molto utilizzato si può citare il manuale di Stiglitz (2000), o la versione più aggiornata di Stiglitz e Rosengard (2014). La disciplina giuridica presenta invece un quadro analitico abbastanza controverso. Da un lato, relativamente ai beni pubblici, si segnala l'inadeguatezza di un assetto normativo che non è sostanzialmente cambiato dall'unità d'Italia a oggi (Mercati, 2012). Dall'altro lato, con riferimento all'erogazione dei servizi, oltre ai problemi derivanti da una regolazione instabile e dalla perdurante commistione tra regolazione e gestione (Rangone, 2012), emerge la necessità, già richiamata in precedenza, di aggiornare la legislazione in modo da renderla più adatta alle nuove realtà emerse a seguito dei processi di privatizzazione, in accordo alle linee guida europee sui «*services of general interest*» (De Grazia, 2012).

<sup>11</sup> Il tema dei servizi pubblici locali apre, come è noto, a problematiche molto ampie che vanno dalle teorie del federalismo fiscale, alle molteplici e complesse questioni inerenti il funzionamento dei servizi sociali, per la maggior parte di competenza delle amministrazioni locali, oltre al tema anch'esso di grande attualità delle aziende che erogano servizi di rilevanza economica. Quest'ultimo tema, in particolare, presenta aspetti organizzativi, sia in relazione agli assetti istituzionali che ai modelli di gestione aziendale, che hanno un particolare rilievo nella sperimentazione di nuovi modelli di governance. In questo senso è perciò opportuno ricordare che nel nostro paese è in corso un processo, ancora disomogeneo e non privo di aspetti contraddittori, di revisione normativa che, partendo da una modifica della vecchia norma giolittiana che aveva istituito le aziende «municipalizzate» (legge n. 103 del 1903), ha definito con l'art. 22 della legge n. 142 del 1990 (riguardante l'ordinamento delle autonomie locali) una tipologia allargata per la gestione dei servizi pubblici locali comprendente: le gestioni in economia, le gestioni in concessione a terzi, le aziende speciali per i servizi di rilevanza economica, le istituzioni per i servizi sociali senza rilevanza

Per quanto concerne l'area dei servizi erogati in rete, l'adeguatezza delle strutture operative, l'informazione, la qualità del bene erogato, la diffusione territoriale e la sicurezza possono essere tutti ritenuti requisiti essenziali, in quanto le persone che ne usufruiscono mettono in conto questi elementi per stabilire il grado di soddisfazione che traggono dal servizio. A ciò, si aggiunge, ovviamente, l'altro elemento dello scambio, per alcuni il principale, rappresentato dalla fissazione del prezzo e dai relativi obiettivi di efficienza e di massima utilità perseguibili<sup>12</sup>. Non a caso, per quanto non si possa prescindere dal carattere di utilità collettiva di queste attività che sono orientate al soddisfacimento di bisogni primari, è proprio nei servizi di rilevanza economica distribuiti in rete che nel tempo è andata sempre più emergendo una logica di mercato molto prossima a criteri di misurazione basati sul beneficio individuale, divenuta anche la base concettuale per i processi di liberalizzazione e per le varie soluzioni sperimentate negli ultimi decenni con l'obiettivo di accrescere l'efficienza attraverso la competizione e l'effetto incentivante di mercati concorrenziali<sup>13</sup>.

imprenditoriale e le società per azioni. Per un quadro dettagliato sull'evoluzione del settore si può vedere Mignella Calvosa (2007).

<sup>12</sup> Questo è un aspetto centrale delle teorie dell'economia pubblica che trova però pareri contrastanti sull'effettiva praticabilità delle indicazioni che emergono dall'analisi teorica, come dimostra il fatto che vi siano testi piuttosto noti in cui a questo proposito si afferma che: «[...] prezzi efficienti per beni e servizi del settore pubblico dipendono da numerose ipotesi riguardanti il sistema economico, tra cui l'esistenza di beni pubblici, esternalità, struttura dei mercati, incidenza di oneri irrecuperabili sui costi fissi, costi di transazione e problemi informativi. Ne consegue che l'analisi tecnico economica suggerisce un articolato insieme di prezzi affinché si raggiunga un comportamento efficiente da parte del settore pubblico [...] Tradurre queste complesse prescrizioni sulla fissazione di prezzi efficienti in una policy praticabile che possa essere adottata da non economisti rappresenta una difficile sfida. Nel complesso, si può dire che fino a oggi gli economisti non hanno avuto grande successo nel mettere in pratica questo obiettivo di efficienza nel fissare i prezzi» (Abelson, 2008; trad. it. dell'autore)

<sup>13</sup> Secondo la definizione del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali (art. 112 e segg. del d.lgs 267/2000) i *servizi pubblici locali di rilevanza economica* sono «quelli aventi a oggetto la produzione di beni e attività rivolta a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali con l'esclusione dei servizi sociali privi di carattere imprenditoriale». In base all'usuale classificazione, i servizi pubblici locali (Spl) di rilevanza economica comprendono: la distribuzione dell'energia elettrica, del gas naturale, il servizio idrico integrato, la gestione dei rifiuti urbani e il trasporto pubblico locale. Come

Da queste considerazioni discende che, il disegno organizzativo e i profili di governance delle aziende operanti nel settore dei servizi pubblici di rilevanza economica, sia locali che su scala territoriale più ampia, non appaiono molto diversi da quelli di società che producono beni e servizi scambiati in mercati privati. Ciò comporta, almeno nelle premesse, il prevalere di sistemi organizzativi di tipo gerarchico, ben delineati nella struttura, con organi di governo ordinati verticalmente e con mansioni e relativi compiti definiti in diretta relazione con l'inquadramento del personale.

Diverse e non univocamente raffigurabili per questa tipologia di servizi sono invece le funzioni dirette al rapporto con i mercati che le aziende hanno sviluppato in seguito alle trasformazioni degli ultimi anni. Le ragioni sono abbastanza evidenti ma, nello stesso tempo, non facilmente riassumibili. Occorre infatti considerare che l'offerta dei servizi di rete vede tuttora impegnate aziende con caratteristiche societarie molto diverse, soprattutto in relazione al tipo di bene erogato<sup>14</sup>. Inoltre, i processi di liberalizzazione avvenuti nel nostro paese

è noto, negli ultimi anni in Italia vi è stata una successione continua di norme riguardanti il funzionamento di questi settori, con l'obiettivo di liberalizzare i mercati che, storicamente, avevano visto una presenza quasi esclusiva di gestioni pubbliche. Le contraddittorietà che hanno caratterizzato il processo di liberalizzazione – inciampato anche nell'esito contrario di un referendum abrogativo nel maggio del 2011 – sono anche frutto di un percorso poco lineare di avvicinamento alle regole dell'Unione europea, al punto che anche l'attuale situazione non è del tutto definita e si ipotizzano ulteriori aggiustamenti del quadro normativo. A riprova del mancato raggiungimento di una normativa stabile per la gestione di questa tipologia di servizi, anche un recente rapporto ministeriale afferma che la «[...] normativa riguardante il settore dei servizi pubblici locali, e in particolare quella che fa riferimento ai *servizi di rilevanza economica*, è stata nell'ultimo decennio oggetto di un'intensa attività normativa che, in difetto di una mirata azione di coordinamento, ha prodotto nel tempo una confusa ed a volte contraddittoria stratificazione di norme» (Ministero dello Sviluppo economico, 2013, p. 6)

<sup>14</sup> Il principale elemento distintivo è rintracciabile nelle forme contrattuali con cui sono svolte queste attività che, a loro volta, dipendono da differenze sostanziali dei mercati e delle tecnologie nell'erogazione del servizio. Per fare rapidi esempi, si possono distinguere attività come l'erogazione del gas o dell'energia elettrica dove coesistono reti proprietarie, in genere pubbliche, su cui possono essere veicolati i prodotti di più aziende, in prevalenza private, tra loro in concorrenza («concorrenza nel mercato»), rispetto ad altre attività, quali i trasporti, dove si effettua una gara, come prevede la normativa europea, per l'assegnazio-

negli ultimi quindici anni hanno prodotto un quadro molto variegato in cui, sotto il profilo manageriale e della governance, nelle aziende di questi settori permane una copresenza di situazioni che si sono attrezzate per operare in contesti di maggiore concorrenzialità e di altre che conservano profili ancora legati a criteri di gestione localistici e inadeguati a una reale pressione competitiva, spesso inefficienti e clientelari<sup>15</sup>.

Prescindendo da singole situazioni, le cui valutazioni richiederebbero ben altro spazio, si può rilevare come l'eterogeneità dei modelli di funzionamento presenti nel variegato panorama dei servizi di interesse economico generale denoti scelte che si caratterizzano in funzione del modo di operare nelle diverse aree di negoziazione, in particolare quella del rapporto con i soggetti regolatori e quella dell'utenza finale, con soluzioni non solo differenziate negli obiettivi ma anche adattate al contesto. Questa eterogeneità costituisce un limite oggettivo alla possibilità di rappresentare in modo sintetico uno o pochi modelli di governance per questo tipo di attività; tuttavia, l'analisi si presenta interessante in quanto è obbligata a sviluppare nuovi approcci metodo-

ne di un servizio in appalto, spesso in esclusiva («concorrenza per il mercato»). Con alcune differenze tra energia elettrica e gas, il modello di funzionamento del primo tipo è simile. I mercati liberalizzati, avendo rimpiazzato il preesistente sistema di monopolio, vedono numerose aziende, sia private che partecipate da soggetti pubblici, competere in regimi di concorrenza regolati dall'Autorità per l'energia elettrica e il gas (Aeeg). È stata inoltre introdotta una distinzione tra distributore e società di vendita che prima erano una entità unica, con la conseguenza che la fornitura all'utente non è più fatta dal distributore operante nella zona. Le società di distribuzione, che per ragioni tecniche operano su concessione in regime di monopolio naturale (con tariffe fissate dall'Aeeg), offrono il servizio di distribuzione alle società che vendono ai clienti finali. Le attività di distribuzione e trasporto non sono oggetto di negoziazione tra venditore e cliente, ma hanno tariffe stabilite per legge e uguali per tutti i fornitori, in quanto regolate dall'Aeeg. La «contrattazione» tra fornitore e utente finale avviene invece per il prezzo di acquisto dell'energia, che varia a seconda del fornitore scelto e delle condizioni contrattuali stipulate con il consumatore.

<sup>15</sup> Per un quadro complessivo si veda l'analisi di Bripi, Carmignani e Giordano (2011). A proposito delle disomogeneità della situazione italiana, gli autori scrivono nel sommario: «[...] emergono, in generale, notevoli ritardi dell'Italia nel confronto internazionale e ampi divari territoriali, misurati in termini sia di qualità sia di efficienza, indipendentemente dal livello di governo che fornisce il servizio. I ritardi sembrano riconducibili, a seconda dei casi, ai modelli organizzativi adottati, all'allocazione delle risorse, agli incentivi degli operatori, ai comportamenti dei cittadini, alla regolamentazione» (ivi, p. 3).

logici capaci di cogliere in modo più puntuale le motivazioni sottostanti ai comportamenti dei vari stakeholder e di misurare le performance raggiunte in rapporto agli obiettivi da essi perseguiti.

I riferimenti concettuali applicabili a questa analisi possono essere ripresi dalla teoria economica dei contratti<sup>16</sup> e, in modo ancora più specifico, dalla «teoria dell'agenzia»<sup>17</sup>. Provando a inquadrare per sommi capi la problematica, è noto che il governo d'impresa – la cosiddetta «corporate governance» – si concentra sulle relazioni tra i vari attori coinvolti, ossia tutti coloro che detengono un qualunque interesse nella società, e gli obiettivi che l'impresa persegue. Tuttavia, diversamente da imprese attive nei mercati dei beni privati, tra gli attori, oltre agli azionisti, al management e ai consumatori, nei settori dei servizi di interesse economico generale c'è un ruolo rilevante dei soggetti pubblici nelle due forme con cui essi interagiscono con le imprese, ossia le agenzie di regolazione e le amministrazioni (solitamente locali) che controllano le reti o bandiscono le aste per le concessioni.

In un quadro di questo tipo, i rapporti di agenzia intercorrenti tra i vari soggetti sono molteplici. Le amministrazioni locali agiscono su mandato dei cittadini (elettori), i quali, a loro volta, da utilizzatori dei servizi hanno leve diverse per rapportarsi alle società che erogano i

<sup>16</sup> La teoria economica dei contratti studia le soluzioni contrattuali e organizzative con cui gli agenti possono risolvere nel modo più efficiente/conveniente rapporti economici in condizioni di asimmetria informativa, per prevenire, disincentivare o compensare fenomeni di selezione avversa, segnali inappropriati e comportamenti di azzardo morale. Per una rassegna sul tema si veda Nicita e Scoppa (2005).

<sup>17</sup> L'attribuzione delle origini della «*economic theory of agency*» è un tema piuttosto controverso (Mitnick, 2013). Spesso questa teoria è richiamata solo in relazione alle tematiche della teoria d'impresa, dove il riferimento più noto è il lavoro di Jensen e Meckling (1976). In realtà, un modello genericamente esteso all'analisi di rapporti economici in cui un soggetto (*principal*) delega un altro soggetto (*agent*) a perseguire il proprio obiettivo è stato originariamente proposto da Ross (1973). Tuttavia, anche il modello di Ross tende a concentrarsi sui meccanismi di *enforcement* del contratto che regola i rapporti di agenzia e tratta quindi la questione come un problema di incentivi tra contraenti. Più interessante, per il tema della governance qui trattato, è un contributo dello stesso anno (Mitnick, 1973), il cui approccio pone maggiormente l'accento sugli aspetti istituzionali e organizzativi. In altri termini, come l'autore stesso conferma, la «*institutional theory of agency* [...] introduced the now common insight that institutions form around agency, and evolve to deal with agency, in response to the essential imperfection of agency relationships» (Mitnick, 2013, p. 2).

servizi a seconda che l'offerta sia concorrenziale («concorrenza nel mercato»), o in concessione monopolistica («concorrenza per il mercato»): nel primo caso possono scegliere l'*exit*<sup>18</sup>, cioè cambiare fornitore; nel secondo caso, se non sono soddisfatti del servizio, devono ricorrere alla *voice*, indirizzando le lamentele direttamente alla società fornitrice, o verso i rappresentanti dell'amministrazione che ha contrattato i termini per la concessione in esclusiva del servizio con la società erogatrice.

Questo quadro di interrelazioni può diventare ancora più complesso se si tiene conto di due altri aspetti. Il primo riguarda i contenuti di possibili contenziosi sollevati dai cittadini/utenti, che potrebbero andare oltre l'usuale doppia tematica dei mercati privati, prezzo/qualità, e ricomprendere temi che, anche se espressi in base a preferenze individuali, configurano obiettivi di contenuto sociale, come ad esempio la sicurezza e la tutela dell'ambiente. Il secondo aspetto che entra in modo significativo tra i fattori determinanti dei comportamenti degli attori in campo è costituito dai modelli di regolazione definiti per i settori dei servizi di interesse economico generale. Questa interazione, che dal lato dell'offerta coinvolge le relazioni di una triade di soggetti (amministratori locali, autorità di controllo e aziende fornitrici), si snoda su un doppio binario, quello rappresentato dall'assetto normativo che, per questi campi, riflette ormai quasi del tutto la legislazione europea, e quello operativo che fotografa le strutture organizzative e i relativi modi di agire dei tre soggetti coinvolti.

In questo senso, si può distinguere tra una governance globale e singoli momenti di contrattazione e di patteggiamento. La governance globale tende a rappresentare il modo con cui l'interazione tra diversi ambiti organizzativi, ciascuno caratterizzato da propri obiettivi primari, riesce a rispondere ai bisogni di interesse pubblico nella misura più efficiente ed efficace possibile. I singoli ambiti di negoziazione descrivono invece lo sviluppo dei rapporti che individualmente vedono coinvolti i diversi soggetti in causa.

Distinguendo i soggetti in funzione dei rispettivi obiettivi, le amministrazioni pubbliche sono la parte più difficile da inquadrare nei comportamenti di agenzia, essendo le stesse da un lato condizionate da fattori non solo economici, come è del resto naturale nelle forme di governo (centrale e locale) delle democrazie rappresentative e, dall'al-

<sup>18</sup> Le modalità di comportamento (*exit*, *voice*, *loyalty*) sono quelle proposte nel famoso testo di Hirschman (1970).

tro lato, caratterizzate da preferenze «idiosincratich»<sup>19</sup> che comportano effetti distorsivi rispetto al modello canonico di scambio che presuppone preferenze utilitaristiche in un mercato concorrenziale. I due fattori, condizionamenti dell'appartenenza politica e rapporti consolidati con gli attori di mercato, non permettono quindi di definire modelli di comportamento per una governance orientata all'economicità che, come si è detto in precedenza, secondo l'articolo 97 della Costituzione, dovrebbe rappresentare l'elemento qualificante nell'offerta dei servizi di interesse pubblico. Tralasciando ogni considerazione su azioni illecite e situazioni degenerate, che purtroppo non mancano in questo ambito di attività della politica pubblica, la formulazione più plausibile per questo lato della governance è quella di un modello pragmatico, in cui si persegue l'obiettivo attraverso condotte sperimentali che possono prevedere specifiche clausole all'interno di un'ampia gamma di soluzioni (gestioni in economia, società in house, concessione a terzi, società per azioni), subordinate al vincolo delle norme europee che regolano le attività dei servizi di interesse pubblico e delle risorse disponibili, e con l'obiettivo di ottenere un risultato «soddisfacente» in termini di una soglia minima che funge da vincolo nella misura di un relativo mantenimento del consenso da parte dei cittadini-elettori amministrati<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Gli effetti di comportamenti basati su preferenze «idiosincratich» sono stati in origine trattati da Williamson (1979, in particolare par. II, «*The Economics of Idiosyncrasy*»), che li ha considerati nell'ambito della problematica più ampia dei costi di transazione. In breve, secondo la tesi dell'autore, negli scambi tra agenti economici sono presenti costi di transazione dovuti a incertezza, alla frequenza con cui lo scambio è effettuato e agli investimenti specifici occorrenti per concludere lo scambio. Questi ultimi sono costituiti da costi (in beni fisici e in capitale umano) non recuperabili perché strettamente indirizzati allo scambio tra due soggetti e, quindi non più utilizzabili per altri scambi (*non market ability*). La specifica identità delle due parti che scambiano può essere frutto di un investimento specifico. Quando essa ha importanti conseguenze sul piano dei costi, si hanno *idiosyncratic transactions*. In tal caso, anche se a priori esistono potenziali alternative di mercato, le parti tendono ad entrare in un rapporto «bloccato» e la relazione tra compratore e venditore si trasforma in un «monopolio bilaterale».

<sup>20</sup> La nozione di risultato «soddisfacente» nei processi decisionali, originariamente introdotta da H. Simon (1956) nei suoi lavori sulle teorie comportamentali e successivamente sviluppata nell'ambito delle teorie d'impresa da Cyert e March (1992), fa riferimento a un criterio di fissazione del risultato atteso diverso da quello del principio neo-classico di scelta ottimizzante. Spesso la letteratura ha teso a differenziare questi approcci basandosi solo sul presupposto della

Se si osservano questi processi dal punto di vista delle aziende che concorrono nel (o per il) mercato dei servizi, ci si trova di fronte anche in questo caso a processi di governance complessi che comportano il coordinamento di diversi ambiti della struttura aziendale. Molto sinteticamente, si può rilevare che l'architettura della «corporate governance», dal rapporto tra manager e proprietà all'organizzazione delle singole funzioni operative, rivela le caratteristiche di un'istituzione formatasi intorno a rapporti di agenzia, che evolve, secondo lo schema di Mitnick richiamato in una precedente nota, in risposta a sostanziali imperfezioni dei rapporti stessi, contribuendo in maniera decisiva alla definizione della governance globale dell'offerta di ogni singolo servizio di interesse economico generale. In altri termini, il governo societario, per amministrare meccanismi di delega dell'autorità e valutare le relative performance, si avvale di una serie di regole comportamentali, di incentivi e di varie metodologie di comunicazione applicate al sistema aziendale che interagiscono con l'esterno, ovvero con l'assetto normativo e con le pressioni dei soggetti pubblici (organismi amministrativi e authority di controllo) e privati (altre imprese e utenti). Di conseguenza, si può dire che l'esito qualitativo della governance globale nell'offerta dei servizi di interesse economico generale dipende, in diverso grado, da tutte le componenti coinvolte: decisori pubblici, autorità di regolazione, proprietà, management e personale dipendente.

Se dai servizi erogati in rete si passa al comparto dei «servizi sociali di interesse generale», i riferimenti per inquadrare un possibile modello di governance cambiano sostanzialmente. Quasi tutti questi servizi, infatti, sono da tempo oggetto di profonde trasformazioni, dovute al mutare dei bisogni sociali e ai rapidi e continui cambiamenti delle condizioni socio economiche che esercitano un forte impatto sulle forme tradizionali di finanziamento e sulle modalità di erogazione dei servizi. Tutti i paesi dell'Unione europea, per adattare le loro politiche

razionalità, limitata nelle ipotesi comportamentali e illimitata in quelle dei modelli di ottimizzazione. In realtà, è stato fatto notare che «fissare un livello di aspirazione» ritenuto soddisfacente può essere un modo «razionale» di valutare la non economicità dei costi da sostenere per aumentare l'informazione occorrente per avvicinare l'ipotesi di scelta ottimizzante. Questa interpretazione può essere applicata al caso dell'attività di coordinamento (governance) dei decisori pubblici che viene dosata fino al punto in cui, in base all'esperienza maturata nella carriera politica, ritengano che il risultato ottenuto sia in grado di avere il consenso di una quota sufficiente di cittadini/elettori.

di welfare a queste mutevoli condizioni, hanno intrapreso percorsi di riforma<sup>21</sup> che, sotto il vincolo della sostenibilità finanziaria, hanno dato luogo a una serie di importanti cambiamenti nei modi con cui provvedere ai servizi sociali e, di conseguenza, nei metodi di governance da essi adottati.

Sebbene i processi avviati con le riforme abbiano dimostrato di essere influenzati dalle caratteristiche peculiari di ogni comparto del sistema di protezione sociale di ogni singolo paese, vi sono però alcuni cambiamenti strutturali che interessano in vario grado tutti i sistemi economici e che esercitano effetti sostanziali sulla domanda per singole tipologie di servizi. Ne sono esempi l'invecchiamento della popolazione per quanto riguarda la maggiore richiesta di cure a lungo termine, la diffusione dei rapporti temporanei di lavoro che fa nascere nuovi modelli organizzativi nei servizi per l'impiego e l'aumentata partecipazione delle donne al mercato del lavoro che accresce il bisogno per i servizi di cura dei minori.

Anche il contesto politico, storico e culturale di ogni paese ha una notevole incidenza sugli indirizzi delle riforme e, soprattutto, sul diverso grado di responsabilizzazione nell'offerta dei servizi sociali da parte delle pubbliche amministrazioni locali che, di conseguenza, registrano importanti cambiamenti di struttura nell'organizzazione, nel management e nei modelli di regolazione e di governance<sup>22</sup>. L'eterogeneità del *framework* istituzionale che caratterizza l'offerta dei servizi sociali nei vari paesi appare perciò come un elemento fondamentale per spiegare le difformità che si riscontrano nelle soluzioni finora adottate. In alcune ricerche effettuate per conto della Commissione europea sulla struttura dei sistemi di protezione sociale e sui servizi sociali di interesse generale sono elencati i fattori che stanno maggiormente influenzando i percorsi di riforma. Tra questi i più rilevanti risultano essere<sup>23</sup>:

<sup>21</sup> Processo che con un termine piuttosto ambiguo viene comunemente definito «modernizzazione»

<sup>22</sup> Sul tema sono stati effettuati diverse ricerche a livello nazionale. Rapporti di ricerca in cui sono messi a confronto i paesi membri dell'Ue si trovano in: Hube, Maucher e Sak (2006); Commissione europea (2011a).

<sup>23</sup> Queste indicazioni si possono trarre dai *Biennial Report on social service of general interest*, di cui finora sono state pubblicate tre edizioni (Commissione europea - Commission staff working document) il 2 luglio 2008, il 22 ottobre 2010 e l'ultima il 20 febbraio 2013a.

- la distribuzione delle responsabilità ai vari livelli del territorio (nazionale, regionale, locale) nell'organizzazione, regolazione, fornitura, finanziamento e valutazione dei servizi sociali. Queste differenze riflettono in larga misura il modello di decentramento adottato in ogni paese, da semplici forme di decentramento amministrativo regolato a livello centrale a modelli di regionalismo con devoluzione di competenze legislative in esclusiva nel campo delle politiche sociali;
- le modalità di accesso alle singole prestazioni, la cui definizione risulta più omogenea quando il soggetto erogatore è un organo dell'amministrazione centrale, di quanto non lo sia quando le competenze sono di livello locale, soprattutto nel caso di benefici subordinati a *means-test*;
- il peso che hanno i servizi *in kind* rispetto ai trasferimenti monetari;
- il ruolo esercitato dai diversi soggetti erogatori dei servizi (pubblico, privato profit e non profit);
- le modalità di finanziamento e di raccolta di risorse finanziarie (imposte centrali e/o locali, contributi, tariffe a carico degli utenti, donazioni, risorse proprie di fondazioni, ecc. )
- il grado di partecipazione (individuale o attraverso forme associative) degli utenti nelle fasi di progettazione, erogazione e valutazione dei servizi.

Al di là di queste differenze, vi sono però anche diversi aspetti che accomunano il funzionamento dei servizi di welfare, sia sul lato dell'organizzazione che su quello della governance. La sostenibilità finanziaria dei servizi, ad esempio, è un obiettivo che tocca le diverse realtà di tutti i paesi e, quindi, nonostante l'eterogeneità del contesto politico istituzionale in cui le riforme vengono realizzate, emerge una linea comune nel ricercare forme di controllo efficaci nel dare risposte adeguate ai nuovi bisogni di protezione ma con vincoli molto stringenti, soprattutto negli anni della crisi, per quanto riguarda la ricerca di aumenti di efficienza e il contenimento del costo dei servizi. Il conseguimento di questi obiettivi è uno dei punti di snodo centrali su cui si misura la sostenibilità finanziaria delle politiche di welfare ed è, perciò, anche il terreno dove si stanno sperimentando nuovi schemi di governance per cercare di combinare la crescente eterogeneità delle forme di intervento richieste con sistemi budgetari più puntuali, in modo da migliorare il controllo sui costi e sul complesso della spesa.

In un contesto in cui la domanda di protezione tende a essere maggiormente articolata e spesso orientata a rispondere a situazioni speci-

fiche, aumenta infatti l'esigenza di sviluppare interventi adatti alle diverse tipologie di utenti, con una maggiore personalizzazione, intesa sia come risultato della vicinanza tra addetti ai servizi e persone che ne fruiscono, anche in fase di progettazione degli interventi, sia come capacità di adattare gli strumenti alle caratteristiche di chi riceve servizi o sostegni<sup>24</sup>. Sotto questo profilo, l'elemento che più distingue l'offerta dei servizi sociali di interesse generale, rispetto ai servizi considerati in precedenza, consiste nel ruolo fondamentale esercitato dalla qualità e dalla competenza del personale, oltre che dal modello organizzativo che ne regola le funzioni e le prestazioni. Mentre nel caso dei servizi forniti in rete e dell'attività negli enti che erogano prestazioni monetarie, di cui diremo in seguito, gli strumenti di valutazione delle prestazioni non sono dissimili da quelli che si applicano in aziende di produzione nei settori dei beni di mercato e, quindi, si misurano essenzialmente in base a parametri di efficienza del processo lavorativo, nell'ambito dei servizi sociali il modo in cui si esprimono le competenze e le attitudini lavorative è parte integrante del servizio prodotto. Nell'effettuazione dei servizi sanitari ed educativi, ad esempio, ha sicuramente un ruolo importante la qualità delle strutture (edifici e impianti moderni e tecnologicamente avanzati) ed è essenziale per il buon funzionamento anche un'organizzazione efficiente. Ciò nondimeno, l'aggiornamento e la competenza professionale di chi è direttamente impiegato nell'offerta dei servizi e l'attitudine a rapportarsi con le persone sono elementi essenziali nella qualificazione del risultato, che si riflette direttamente nelle valutazioni che di tali servizi fanno gli utenti<sup>25</sup>.

Tra gli aspetti di rilievo di questi tentativi di abbinare l'adeguatezza degli strumenti ai nuovi bisogni con l'economicità di gestione, vanno incluse le nuove forme organizzative introdotte nel corso degli ultimi anni, non solo a seguito delle riforme intraprese ma anche come

<sup>24</sup> Questo tipo di approcci viene comunemente denominato «*user oriented*». Secondo alcuni studiosi dei sistemi di welfare, la ricerca di modelli orientati all'utenza è anche un modo di accrescere la «legittimazione» dell'attività svolta dall'amministrazione pubblica presso i cittadini. In proposito si veda ad esempio: Rothstein (2012).

<sup>25</sup> Per la cura dei disabili esiste ad esempio un sistema europeo di certificazione delle qualità professionali del personale che lavora nei servizi denominato *European care certification* (Ecc), che si basa su uno standard di conoscenze di base, denominato *Basic european social care learning outcomes* (Besclo), necessarie per operare in ambito sociale e socio-assistenziale.

spontanea evoluzione delle preesistenti strutture pubbliche e private che hanno determinato un ruolo diverso dei soggetti che provvedono alla fornitura dei servizi. Dal confronto tra paesi dell'Unione europea, emerge come questo sia un elemento cruciale, non solo per ciò che riguarda la salvaguardia di un profilo di coerenza tra il funzionamento dell'insieme delle azioni intraprese e gli obiettivi che si intendono raggiungere, ma anche per la qualità del risultato di ogni singolo intervento. L'aumento delle forme di coinvolgimento del settore privato nell'esecuzione dei servizi, soprattutto per quanto riguarda le amministrazioni pubbliche locali, a cui peraltro compete una quota molto ampia dei servizi sociali, viene considerato uno dei cardini di questa evoluzione del settore, in quanto all'interno degli Stati membri si formano «mercati dei servizi sociali», che dovrebbero garantire una maggiore concorrenza tra fornitori per la qualità e l'innovatività degli interventi.

A livello europeo, il fatto che venga dedicata una particolare attenzione a queste dinamiche trova conferma in diverse prese di posizione delle istituzioni comunitarie. Da un lato, infatti, si assiste a un generale orientamento teso a consolidare un «modello di mercato competitivo dei servizi sociali», operante non solo su scala nazionale ma in ambito comunitario. In una comunicazione dell'aprile 2006 (Commissione europea, 2006), la Commissione europea ha introdotto per la prima volta il richiamo ai servizi sociali di interesse generale riferendosi a quei servizi «generalmente forniti in maniera personalizzata, al fine di rispondere alle esigenze di utenti vulnerabili, e (che) si basano sul principio di solidarietà e di parità d'accesso»<sup>26</sup>. Come si è già accennato in precedenza, in questa comunicazione la Commissione non ha posto una distinzione tra servizi di natura economica o non economica, sostenendo che tale qualifica non dipende dallo status giuridico del soggetto che presta il servizio ma dal modo in cui l'attività è svolta, organizzata e finanziata, anche nel caso di organismi senza scopo di lucro. Inoltre, poiché nel settore dei servizi sociali vi è stato un processo di «sviluppo e modernizzazione», che ha portato a sperimentare numerose forme di concorrenza, anche i servizi tradizionalmente definiti sociali, a giudizio della Commissione, possono presentare, alme-

<sup>26</sup> Per la definizione si rinvia a: Europa, *Sintesi della legislazione dell'Ue, Nuovo impegno europeo per i servizi di interesse generale*, disponibile all'indirizzo internet: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/social\\_protection/l23013c\\_it.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/l23013c_it.htm).

no in astratto, una certa rilevanza economica e, per tale ragione, gli Stati membri devono garantire che le loro modalità organizzative siano compatibili con il diritto della concorrenza e con le norme sulla libera prestazione dei servizi e la libertà di stabilimento<sup>27</sup>.

In una successiva comunicazione del 2007, la Commissione ha evidenziato come, salvo le attività che partecipano all'esercizio di pubblici poteri, di norma escluse dall'applicazione delle regole del mercato interno, «[...] un numero sempre maggiore di attività svolte quotidianamente dai servizi sociali vadano a rientrare nel campo di applicazione del diritto dell'Unione, nella misura in cui sono considerate a carattere economico» (Commissione europea, 2007, p. 8). Da ciò appare evidente come da parte della Commissione vi sia una chiara preferenza per una progressiva estensione del complesso di regole valide per il mercato interno al contesto dei servizi sociali, nonostante la difficoltà a inquadrare in modo univoco la natura economica di tali servizi. La spinta a ricondurre i servizi sociali nell'alveo delle regole del mercato interno è ancora più visibile nel nuovo «pacchetto di norme sugli aiuti di Stato per i servizi di interesse economico generale (Sieg)» adottato alla fine del 2011<sup>28</sup>. Questa comunicazione, fornisce elementi interpretativi per chiarire il contesto normativo nel quale si muovono le imprese quando sono incaricate di svolgere servizi sociali nell'ambito di un servizio di interesse economico generale. Essa esenta da un lato alcune categorie di compensazioni per oneri relativi alla fornitura di servizi pubblici dall'obbligo della preventiva notifica ma, dall'altro lato, allarga l'ambito di applicazione dai soli servizi di interesse economico generale prestati da ospedali e da imprese di edilizia a finalità so-

<sup>27</sup> A tale scopo, esclusi i servizi sanitari, la Commissione ha fatto riferimento a due grandi categorie di servizi sociali: a) regimi legali e complementari di protezione sociale, che coprono i principali rischi della vita (salute, invecchiamento, infortuni sul lavoro, disoccupazione, pensione e invalidità); b) altri servizi sociali prestati direttamente alla persona, quali i servizi di assistenza sociale, i servizi per l'occupazione e la formazione, l'edilizia popolare o le cure a lungo termine.

<sup>28</sup> Il «pacchetto Sieg» è stato adottato dalla Commissione europea il 20 dicembre 2011. Esso ha sostituito il cosiddetto pacchetto «Monti-Kroes» del 2005, chiarendo i principi fondamentali in materia di aiuti di Stato e introducendo un approccio proporzionato e diversificato con norme semplificate per i Sieg che sono di portata ridotta o che perseguono un obiettivo sociale. Il pacchetto è basato su quattro strumenti che devono essere applicati da tutte le amministrazioni (nazionali, regionali e locali) che concedono compensazioni per la prestazione di servizi economici di interesse generale.

ciali, già regolati dal «pacchetto 2005», a quelli prestati in materia di assistenza sanitaria, di assistenza di lunga durata, di accesso e reintegrazione nel mercato del lavoro, di assistenza ed inclusione sociale di gruppi vulnerabili fino ai servizi per l'infanzia.

In sostanza, la direttiva lascia ai decisori pubblici una relativa libertà di concedere o meno ai privati la gestione dei servizi pubblici essenziali ma rafforza il quadro normativo di riferimento affinché, una volta scelta la strada della privatizzazione di un servizio, questa non incontri problemi interpretativi sulle procedure di assegnazione. La visione da cui deriva questa impostazione ha una chiara matrice neo-liberista, nel senso che essa è largamente dominata dalla relazione tra mercato di soggetti privati in concorrenza e minimizzazione dei costi, cioè efficienza, mentre viene lasciata solo sullo sfondo la complessa questione di come debba essere misurato il grado di soddisfazione dei cittadini in relazione ai loro diritti sulla qualità e l'accesso ai servizi essenziali. Il problema è tutt'altro che secondario, dal momento che, in un periodo di crisi della finanza pubblica, con le restrizioni di spesa imposte dal patto di stabilità, per gli enti locali può diventare una strada obbligata limitare la gestione e lasciare uno spazio crescente alla privatizzazione anche dei servizi essenziali<sup>29</sup>.

Per inquadrare gli effetti sul piano della governance di questa evoluzione, si deve anche considerare che, tra le trasformazioni che hanno dato origine a nuove forme di organizzazione dei servizi, un aspetto che ha assunto un peso significativo è rappresentato dagli approcci di tipo partecipativo che si realizzano in diverse fasi di approntamento dell'offerta dei servizi, dalla progettazione, alla presenza in fase esecutiva, fino alla misurazione e valutazione dei risultati. L'espandersi delle forme partecipative, in cui c'è una forte presenza di azioni di natura volontaristica e solidale che esaltano le caratteristiche di autonomia e spontaneità di chi collabora, per quanto sia un fenomeno ricco di valori positivi, ha però anche spesso l'effetto di mettere in secondo piano, o addirittura di configgere, con il contesto istituzionale e politico in cui queste azioni nascono. La conseguenza di questi modi di agire che, anche quando sono inquadrati in organizzazioni non profit strut-

<sup>29</sup> Nel prevalere di questa impostazione, si può anche individuare l'esistenza di un possibile «circolo vizioso» tra l'obiettivo di contenimento del costo unitario delle prestazioni di welfare e l'aumento complessivo della spesa derivante dall'aumento dei bisogni causato dalle stesse politiche neo-liberiste. Il tema è trattato in Rubery (2011).

turate si reggono tipicamente su iniziative di tipo bottom up, è una possibile marginalizzazione del ruolo di governance delle amministrazioni pubbliche, che in genere tentano di recuperare un proprio ruolo nelle funzioni di distribuzione dei sostegni materiali e monetari, o nei meccanismi di regolazione e di gara per l'assegnazione di incarichi.

Per seguire questa evoluzione nell'offerta di servizi sociali è stato dovunque necessario introdurre nuovi meccanismi di governance, che tentano di adattarsi a una realtà che vede un progressivo allargamento delle esperienze di welfare mix, con una struttura dell'offerta, comprese le attività ancora svolte dalle amministrazioni pubbliche, che tende a divenire un'organizzazione ibrida, caratterizzata da un insieme di interesse pubblico, concorrenza e spinte solidaristiche. Se, per individuare possibili modelli di governance, si guarda all'esperienza degli altri paesi europei si evince che anche su questo terreno, come per i cambiamenti nelle forme organizzative e nei sistemi di gestione dei servizi sociali, il contesto politico culturale ha un ruolo fondamentale nel determinare gli schemi di coordinamento e di controllo e che le soluzioni non sono solo differenti ma, in alcuni casi, sono state ispirate dagli stessi soggetti che forniscono i servizi alle amministrazioni pubbliche.

Una considerazione d'insieme che permetta di valutare i diversi percorsi seguiti risulta perciò difficile perché, nonostante in Europa siano state effettuate varie ricerche in cui sono descritte le diverse esperienze di riforma, l'analisi rimane ancora poco sistematica, soprattutto per quanto riguarda gli indicatori di performance e la misurazione degli effetti nel medio-lungo termine<sup>30</sup>. Facendo un sommario delle diverse esperienze nazionali, emerge che i cambiamenti effettuati in cerca di migliori risultati economici e sociali sono passati essenzialmente attraverso tre principali canali: la divisione delle competenze e delle responsabilità tra diversi livelli dell'amministrazione; la finalità assegnata

<sup>30</sup> In conseguenza della crisi economica, la problematica «*efficiency and effectiveness of social expenditure*» è diventata un tema molto discusso. Nell'ambito del Social protection committee è stato formato un gruppo ad hoc per approfondire il tema. I risultati sono per ora modesti perché l'analisi presenta molte difficoltà sul piano metodologico e, al momento, si limita a misure macro, poco utili dal punto di vista dei problemi di funzionamento dei soggetti (in particolare le amministrazioni locali) che intervengono nelle politiche di welfare. Alcune metodologie – abbastanza criticate – per misurare in termini aggregati efficienza ed efficacia delle politiche di welfare sono state pubblicate in Commissione europea (2014, pp. 321-376).

a ogni servizio; le forme organizzative adottate per fornire i servizi. La varietà di assetti istituzionali entro cui sono stati modellati questi cambiamenti è presumibilmente una delle ragioni più importanti per spiegare la diversità qualitativa dei risultati che, tuttavia, risulta molto difficile misurare in modo appropriato perché sono troppe e diverse le variabili di cui si dovrebbe tenere conto. I processi di riforma rappresentano del resto un fenomeno molto variegato, cui partecipano una molteplicità di stakeholder che possono avere opinioni differenti sugli obiettivi da fissare e su come raggiungerli. Di conseguenza, ci possono essere discordanze anche sulle forme di coordinamento degli interventi e sulla misurazione degli effetti.

Gli adattamenti della governance sono intervenuti a diversi livelli del sistema di offerta dei servizi, dal disegno dell'organizzazione, alla gestione operativa, per finire con i procedimenti di regolazione e di misura dei risultati. A tale scopo sono stati introdotti nuovi modelli di regolazione e di budgeting più adatti a interagire con realtà di mercato e con nuove forme di partnership tra pubblico e privato. I modelli di regolazione *market based* in diversi paesi europei sembrano aver soppiantato la programmazione e la rendicontazione contabile tipica dell'amministrazione pubblica anche nel campo dei servizi sociali. Questa prassi, che in molti contesti appare tutt'altro che consolidata, dovrebbe andare di pari passo con la tendenza dell'amministrazione pubblica a passare dal ruolo di esecutore diretto a quello di coordinatore e garante dei servizi, in cui la relativa perdita di una funzione direttamente operativa dovrebbe essere controbilanciata dallo sviluppo di funzioni di supervisione e di misurazione dei risultati. Nel complesso, indipendentemente dagli esiti fin qui avuti, è ormai diffusa la convinzione che rafforzare l'adattabilità dei servizi rispetto alle reali necessità dei beneficiari e introdurre procedure idonee a misurare e valutare gli effetti rimangano due compiti essenziali per un'efficace azione di coordinamento. Un miglioramento di queste competenze, che dovrebbero avvalersi anche di strumenti applicati nei settori dei beni privati, quali la valutazione sulla qualità del management, i sistemi di controllo dei processi e l'utilizzo di metodologie quantitative per la comparazione dei risultati (*benchmarking*) è quindi considerato un passaggio obbligato per la definizione di nuovi metodi di governance. A tale risultato darebbe un sostanziale contributo anche un miglioramento dell'attività di monitoraggio, che spesso si limita a semplici rendicontazioni di costo, mentre appare necessario poter valutare gli effetti di strumenti di politica sociale più complessi, come, per fare un

RPS

Gianni Geroldi

esempio, l'impatto di misure congiunte (incentivi per l'occupazione, reddito minimo, imposta negativa, ecc.) sulla permanenza delle persone o delle famiglie in condizioni di povertà.

RPS

### 3. *Le peculiarità dei servizi per l'erogazione di prestazioni monetarie*

Rispetto alla classificazione dei servizi e ai relativi metodi di governance di cui si è fin qui discusso, i servizi collegati a prestazioni monetarie presentano caratteristiche peculiari, sia sotto il profilo dell'assoggettamento alle regole della concorrenza, sia per quanto riguarda i criteri di valutazione della qualità del servizio. Per chiarire questi aspetti e trarne delle indicazioni, sono necessarie alcune precisazioni.

Per cominciare va detto che secondo la classificazione europea più volte richiamata, i servizi che erogano prestazioni monetarie rientrano tra i «servizi di interesse generale» e, più precisamente, in base alle funzioni espletate, sono un completamento dei servizi di natura sociale. Per quanto riguarda questo primo profilo, occorre però fare qualche ulteriore distinzione. I trasferimenti monetari in sé non sono una funzione autonoma delle politiche di welfare, bensì un completamento di altri strumenti la cui finalizzazione non può essere separata dal trasferimento monetario stesso. Per chiarire, si possono prendere ad esempio le funzioni più comuni: le pensioni, che coprono i rischi di longevità, gli ammortizzatori sociali per il rischio di interruzione del reddito da lavoro e i sostegni assistenziali al reddito che, come misura di contrasto della povertà, tutelano dal rischio di esclusione sociale. In tutte e tre i casi, l'erogazione monetaria rappresenta solo un completamento di uno strumento economico sociale più complesso, le cui finalità e metodi di funzionamento seguono regole diverse, adatte a conseguire gli obiettivi specifici che ogni strumento persegue.

Questa considerazione non implica che il servizio amministrativo relativo all'erogazione sia di poca importanza, in quanto una sua maggiore o minore funzionalità ha riflessi rilevanti sulla qualità del servizio e sul grado di apprezzamento del pubblico. La precisazione è comunque essenziale per almeno due motivi. Il primo ci riporta al tema della concorrenza. Come si è visto, secondo la classificazione europea, i sistemi di sicurezza sociale sono inclusi nei «servizi sociali di interesse generale» considerati «non economici», ovvero non sottoponibili alle regole di concorrenza del mercato unico. Tale caratteristica può considerarsi ulteriormente rafforzata dal fatto che le erogazioni mo-

netarie sono assimilabili alle attività rientranti negli «obblighi di servizio pubblico» (Osp) e che, pur non essendo un servizio fornito in rete, presentano una sostanziale analogia con le attività rientranti nell'obbligo di servizio universale (Osu), ossia il fatto che questi servizi debbano essere messi a disposizione di tutti i consumatori e utenti di uno Stato membro, a prescindere dalla loro localizzazione geografica, a un determinato livello di qualità. Contro questa scelta di inquadramento possono però essere sollevate due obiezioni. La prima che, come si è già detto, il servizio sociale non è l'erogazione monetaria ma lo strumento (pensioni, ammortizzatori, reddito minimo) a cui essa è abbinata e, in quanto tale, quest'ultima potrebbe essere intesa come un'attività di service, necessaria per l'espletamento di un servizio sociale ma scorporabile e, quindi, gestibile separatamente anche se in linea con le norme che regolano la funzione di welfare di riferimento. La seconda obiezione riguarda l'aspetto della diffusione territoriale quale fattore caratterizzante di un servizio universale. Se ci si limita a guardare questo servizio solo come attività amministrativa collegata all'erogazione dei trattamenti, la territorialità potrebbe essere ritenuta un elemento superato dalle tecnologie informatiche che consentono ormai a chiunque di ricevere pagamenti e relativa documentazione senza bisogno di avere un contatto fisico con uno sportello decentrato sul territorio.

Sulla base di queste considerazioni, quindi, si può pensare che esistano motivi plausibili in base ai quali, tutti i sistemi di welfare che si conoscono gestiscono le erogazioni monetarie attraverso enti pubblici ma che, sulla base delle classificazioni adottate in sede europea, si potrebbe anche ipotizzare l'assegnazione di questo compito a un soggetto privato attraverso un meccanismo di gara (concorrenza per il mercato). Tuttavia, appare evidente che se non si vuole restare ancorati a una discussione di principio in merito alla «contendibilità» del mercato dei servizi di erogazione dei benefici monetari, occorre adottare un approccio pragmatico in cui recuperare riferimenti più concreti per individuare la mission, gli aspetti gestionali più rilevanti e le problematiche di governance che riguardano gli enti che svolgono queste attività. Per il caso italiano, questo compito è relativamente facilitato dal fatto che, fatta esclusione per le misure di contrasto della povertà, la quasi totalità delle erogazioni monetarie fa capo ad un unico ente, ovvero l'Inps<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Per maggiore precisione, va detto che sono gestiti dall'Inps: i trattamenti relativi a tutto il sistema delle pensioni obbligatorie dei dipendenti pubblici e privati

Prima di avviare il discorso su questi aspetti è tuttavia opportuno fare un'ulteriore puntualizzazione che può essere utile per approfondire i problemi di organizzazione e di efficienza degli enti che erogano prestazioni monetarie. Si è visto in precedenza che, nel caso dei servizi di pubblica utilità, sia di interesse economico che sociale, il lato dei consumatori (utenti) ha un ruolo di rilievo nella valutazione del risultato. Per i servizi erogati in rete, la progressiva contrazione dell'offerta di tipo monopolistico sta lasciando spazio a una gamma di comportamenti che non sono molto diversi da quelli che si hanno nei mercati dei beni privati. Con i processi di liberalizzazione di cui si è detto, le aziende operanti possono ancora provare ad agire con condotte di tipo *rent seeking* ma la discrezionalità dei consumatori nella scelta dei fornitori limita questa eventualità<sup>32</sup>. Anche nel caso dei servizi sociali, pur considerando le inadempienze e i casi di cattiva gestione spesso descritti dai media, non si può sottovalutare la pressione che quotidianamente i cittadini-utenti possono esercitare per avere un funzionamento qualitativamente migliore dei servizi.

Le attività di servizio centrate essenzialmente sul trasferimento di prestazioni monetarie ai cittadini presentano invece elementi di specificità tali da rendere difficile un loro inquadramento sulla base dei riferimenti ora richiamati. L'attività svolta è quasi interamente di tipo amministrativo e avviene in totale assenza di pressioni concorrenziali, con un vaglio dell'utenza molto indiretto, nel senso che l'efficienza

e dei lavoratori autonomi, fatta esclusione per i professionisti che fanno capo al sistema delle Casse private; l'insieme degli ammortizzatori sociali, ad esclusione dei trattamenti che fanno capo agli Enti bilaterali; gli incentivi monetari per l'occupazione; i trattamenti di fine rapporto (Tfr) per i lavoratori delle imprese sopra i 50 dipendenti. Per quanto riguarda i sostegni al reddito di tipo assistenziale, che nel testo non vengono trattati, va detto che il loro ammontare è in Italia assai limitato, che i sostegni si configurano solo limitatamente come erogazioni monetarie e che le competenze sono in parte decentrate ai livelli locali. Al riguardo si veda Spano, Trivellato e Zanini (2013).

<sup>32</sup> Nella teoria economica i comportamenti *rent seeking* da parte di un'impresa indicano le spese sostenute in attività di lobbying per aumentare la propria quota di ricchezza, senza creare nuova ricchezza, con la conseguenza di una maggiore disuguaglianza e di una perdita di efficienza economica dovuta a una cattiva allocazione di risorse. Per una recente rassegna sul tema si veda Tollison (2012). Gli studi recenti sul fenomeno hanno trattato spesso il tema della manipolazione delle authority di controllo, che si usa definire «teoria della cattura», da parte di imprese *rent seeking* che vogliono ottenere vantaggi monopolistici a danno dei concorrenti e dei consumatori.

dell'attività di back-office non è quasi percepita dal pubblico, salvo attraverso generiche informazioni che possono arrivare da fonti di stampa, mentre i servizi di front-office sono valutabili solo in base a elementi superficiali di impatto con gli uffici (disponibilità degli addetti, utilità delle informazioni fornite, ecc.). Gli unici elementi, peraltro approssimativi, su cui l'utenza finisce per basare le proprie valutazioni in merito all'efficienza operativa sono i tempi di espletamento delle pratiche e, con la diffusione dei rapporti telematici, la facilità di accesso e di utilizzo delle procedure informatiche. Come si è già rilevato in precedenza, sono questi connotati che determinano una sostanziale differenza del ruolo che ha il «lavoro diretto» nell'esecuzione dei servizi. Nelle attività caratterizzate da offerta di beni «fisici», come i servizi erogati in rete, o anche nelle attività in cui la provvista di bene fisico è inesistente (attività educative), oppure secondaria e di esclusivo ausilio all'efficacia del servizio (cure sanitarie e gran parte delle cure assistenziali), il ruolo del lavoro diretto è di fondamentale importanza per l'esito funzionale e qualitativo e per la valutazione che l'utenza fa del servizio. Nel caso dei trasferimenti monetari, invece, l'attività lavorativa si compendia in due tipologie di compiti, quelli amministrativi e quelli informativi, la cui funzionalità ed efficienza di impiego dipende per la maggior parte dalle scelte organizzative dell'ente che gestisce il servizio e molto meno dalle sollecitazioni che provengono dall'utenza.

A queste considerazioni sul ruolo del lavoro diretto nella percezione che il pubblico ha dei servizi, si deve aggiungere che, se si considerano le regole di funzionamento delle due principali funzioni di welfare basate sui trasferimenti monetari (pensioni e ammortizzatori sociali), non si può non rilevare come l'attenzione e il giudizio siano quasi per intero riferiti alle modalità di accesso e al livello dei trattamenti, ovvero ad aspetti che sono determinati dalla legislazione per la quale il pubblico attribuisce correttamente le responsabilità alla politica. Ciò comporta un'ulteriore elemento di differenziazione nell'ambito dei servizi di interesse generale, non solo per quelli erogati in rete che come abbiamo visto svolgono funzioni di utilità pubblica pur funzionando con logiche simili ai mercati dei beni privati, ma anche tra le funzioni del welfare di cura e di assistenza e quelle dei trasferimenti monetari, la cui efficienza organizzativa tende a dipendere per larga parte dalle scelte operate sul versante degli enti di gestione.

Sempre su quest'ordine di rilievi, vi è infine da aggiungere un'annotazione di ordine quantitativo circa il peso relativamente ridotto che le

RPS

Gianni Geroldi

spese di funzionamento degli enti che erogano prestazioni monetarie su scala nazionale hanno in rapporto alla massa finanziaria movimentata. Nel caso dell'Inps, ad esempio, gli oneri per il funzionamento nel 2013 sono stati meno dello 0,9% dell'ammontare degli interventi<sup>33</sup>. Poiché il finanziamento delle prestazioni dell'Ente equivale al 45,4% del totale delle entrate contributive e fiscali dello Stato italiano nello stesso anno (679,3 miliardi di euro), mentre le spese di funzionamento rappresentano lo 0,4%, è evidente come l'attenzione dei policy maker e dell'opinione pubblica sia quasi interamente concentrata sugli andamenti finanziari del sistema pensionistico e degli ammortizzatori sociali, mentre le discussioni dedicate al funzionamento dell'Ente si hanno solo nei giorni di presentazione del bilancio e in occasione del rinnovo delle cariche e interessino un ristretto numero di addetti ai lavori.

Non deve perciò sorprendere se, quando nel dibattito europeo sui servizi sociali si analizzano le problematiche riguardanti la previdenza, il tema della governance non è riferito al funzionamento dell'ente (o degli enti) di gestione ma tende a essere inglobato nella questione più generale dei possibili assetti strutturali dei sistemi pensionistici, individuando nelle dicotomie pubblico/privato, obbligatorio/volontario, ripartizione/capitalizzazione gli snodi da cui ricavare la tipologia di governance di ciascun sistema<sup>34</sup>.

Fatte queste premesse che aiutano a meglio definire il quadro entro cui si collocano le problematiche di gestione dell'Ente che in Italia sovraincidente alla quasi totalità degli strumenti di welfare imperniati su trasferimenti monetari, è importante sottolineare anche la crescente complessità dei compiti e la multidimensionalità degli obiettivi che ad esso sono assegnati. Infatti, oltre a un insieme di attività collaterali ma essenziali per gli esiti della gestione, che storicamente rientrano nei compiti dell'Ente (vigilanza, contrasto al lavoro sommerso, lotta alla corruzione e all'evasione contributiva), le più recenti dinamiche nel mondo del lavoro, con l'aumento dei rapporti contrattuali temporanei

<sup>33</sup> Secondo i dati del bilancio preconsuntivo Inps 2013, gli interventi effettuati nell'anno (pensioni, prestazioni temporanee, altri interventi) ammontano a circa 319 miliardi di euro, mentre gli oneri di funzionamento sempre nel 2013 sono pari a 2,8 miliardi di euro. Per quanto riguarda le entrate, le contribuzioni dalla produzione ammontano a quasi 210 miliardi di euro e i trasferimenti dal bilancio dello Stato a 98,4 miliardi di euro (Inps, 2014).

<sup>34</sup> Si veda ad esempio Ebbinghaus (2011).

e la presenza di flussi migratori di grandi proporzioni, determinano una serie di impegni aggiuntivi per la parte operativa ma, soprattutto, per gli organi a cui competono le linee strategiche. Al carico di questi nuovi impegni e alla definizione delle competenze professionali necessarie per rispondere adeguatamente a tematiche di maggiore complessità, contribuisce poi l'evoluzione dei sistemi di protezione sociale nei paesi dell'Unione europea che, in forza del modello di coordinamento adottato in sede comunitaria, il cosiddetto «metodo aperto di coordinamento», comporta la necessità di rafforzare i collegamenti con gli altri paesi membri<sup>35</sup>.

Per restare ancora sul terreno delle attività di competenza particolarmente impegnative, a cui è indispensabile dedicare risorse con adeguata specializzazione, va segnalata anche la gestione delle banche dati relative al mercato del lavoro che, da un lato, si abbinano al funzionamento degli ammortizzatori sociali e, dall'altro, si integrano, negli archivi riguardanti le persone attive e i pensionati, con le informazioni riguardanti il sistema previdenziale. Questi strumenti, che in apparenza sembrano avere solo una funzione organizzativa, sono in realtà la base essenziale per poter elaborare strategie complesse sul terreno previdenziale e su quello del mercato del lavoro. Per quanto riguarda la previdenza, l'analisi e la corretta informazione sulle carriere e sul relativo credito previdenziale dei lavoratori hanno, in un sistema contributivo, un'enorme importanza per aumentare la responsabilità e la consapevolezza delle scelte delle persone. Per le problematiche del mercato del lavoro, è sufficiente ricordare che l'integrazione e la gestione congiunta di ammortizzatori sociali, incentivi all'occupazione e informazioni aggiornate sul mercato del lavoro sono la piattaforma su cui si basano i paesi dove gli interventi di politica attiva risultano più efficaci (Kluve, 2006; Commissione europea, 2013c).

Esempi di nuovi compiti di elevata complessità se ne potrebbero fare altri, tuttavia quanto detto è sufficiente a chiarire che il principale,

<sup>35</sup> Un riferimento esplicito a nuovi pressanti impegni per la gestione del sistema previdenziale è presente anche nell'ultimo rapporto dell'Ente che tra questi segnala: «[...] l'ulteriore armonizzazione delle normative delle singole nazioni; la necessità di sviluppo di un'attenzione europea all'aumento del fenomeno migratorio, così come di uno sviluppo dell'attività convenzionale bilaterale dell'Italia (porta d'Europa) con i paesi d'origine dei flussi migratori; la tendenza all'aumento della mobilità internazionale dei lavoratori italiani, sia in ambito europeo che extra-Ue; l'accrescimento del fenomeno della delocalizzazione delle imprese italiane, sia in ambito Ue che extra-Ue» (Inps, 2014, p. 254).

quasi unico, ente di gestione delle funzioni di welfare imperniate sui trasferimenti monetari non può più essere visto solo come una macchina che esegue passivamente i compiti assegnati dalle norme, per cui l'unico problema su cui concentrare l'attenzione sarebbe quello della massima efficienza gestionale, ma va inquadrato come un'organizzazione pensante, complessa e di grande dimensione, che deve elaborare o partecipare alla progettazione di schemi di intervento adeguati ai principali problemi sociali che emergono dal mondo del lavoro e che sono stati in questi anni particolarmente acuiti dalla crisi.

Da questa constatazione si desume che il sistema di governance presenta una problematica più articolata di quella discussa in precedenza a proposito dei modelli applicabili in chiave aziendale e, soprattutto, più complessa rispetto alla ricerca di soluzioni efficientistiche nell'impiego delle risorse lavorative<sup>36</sup>. In questi ultimi anni, anche per effetto della concentrazione di tutti gli enti di gestione in un unico ente previdenziale<sup>37</sup>, Governo, Parlamento e rappresentanze sociali hanno dedicato una buona dose di attenzione alla governance dell'Inps. Nel 2012, su mandato del ministro del Lavoro e delle politiche sociali, un gruppo di lavoro ha redatto un lungo rapporto nel quale, oltre a un'interessante rassegna dei modelli di governance degli enti previdenziali operanti in altri paesi, sono contenute alcune proposte di modifica dell'attuale assetto (Bove, Valotti e Volpe, 2012). Nello stesso anno, le parti sociali hanno redatto un «avviso comune» sui temi della riforma (Confindustria, Cgil, Cisl e Uil, 2012). Ancora nel 2012, in un disegno di legge<sup>38</sup> è stata proposta una modifica dei regolamenti interni di organizzazione,

<sup>36</sup> Sulla questione del miglioramento dell'efficienza nei settori della pubblica amministrazione esiste una letteratura italiana ed estera molto ampia che ha perlopiù un'impostazione aziendalistica di tipo precettivo, che si traduce spesso in una tipologia di modelli organizzativi standardizzati da applicare nelle diverse fattispecie di attività. Si veda ad esempio: Ifac Public sector committee (2001); Langlands (2004).

<sup>37</sup> Il processo di accorpamento degli enti previdenziali ha preso avvio con l'art. 7, comma 1, del d.l. 78/2010, che ha disposto la soppressione dell'Ipsema (con conseguente trasferimento delle risorse e delle funzioni all'Inail), dell'Ipost (con trasferimento delle risorse e delle funzioni all'Inps) e dell'Enam (con trasferimento delle risorse e delle funzioni all'Inpdap). Successivamente, l'art. 21 del d.l. 201/2011 ha previsto la soppressione di Inpdap ed Enpals e il trasferimento delle relative funzioni all'Inps, a decorrere dal 1° gennaio 2012.

<sup>38</sup> C. 5463 (Moffa) «Sostituzione dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 479 del 1994, concernente l'ordinamento e la struttura organizzativa degli enti pubblici

con una revisione della composizione e delle funzioni degli organi di governance. Con la nuova legislatura, nel marzo del 2014 è stato ripresentato un nuovo disegno di legge che nelle linee generali ricalca il precedente<sup>39</sup>. Alle proposte di iniziativa parlamentare, si devono aggiungere le attività della Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale che, in alcune audizioni, ha raccolto proposte interessanti in merito alle ipotesi di una nuova governance dell'Inps.

Anche per ragioni di spazio, non è intenzione di queste note entrare nei particolari delle proposte e neppure suggerire delle ipotesi di dettaglio su un possibile nuovo sistema di governance<sup>40</sup>. Alla luce degli argomenti sviluppati nelle pagine precedenti, ciò che può invece essere utile per concludere è un breve sommario in merito a tre punti che un'agenda di riforma della governance dovrebbe considerare prioritari. In sintesi:

- l'eterogeneità e la complessità delle materie su cui un ente come l'Inps è chiamato a intervenire (previdenza, mercato del lavoro, politiche sociali) fa ritenere che, la formulazione di strategie coerenti con gli obiettivi che l'esecutivo ha inteso fissare nelle norme non possa essere compito di una sola persona (presidente, attualmente il commissario). Pertanto, oltre ai compiti di rappresentanza formale per le attività di competenza, l'organo collegiale (consiglio di amministrazione) dovrebbe sviluppare queste funzioni che richiedono persone selezionate sulla base di competenze accertate nelle materie di interesse;

previdenziali». Il provvedimento prevedeva la soppressione del presidente quale organo monocratico e il trasferimento delle funzioni al consiglio di amministrazione (da reintrodurre dopo la soppressione disposta dall'articolo 7 del d.l. n. 78/2010) e al consiglio di strategia e controllo (che avrebbe sostituito il Consiglio di indirizzo e vigilanza). Era poi previsto di rivedere composizione e funzioni del collegio dei sindaci e del direttore generale, nonché la creazione di un organismo indipendente di valutazione.

<sup>39</sup> Progetto di legge n. 2210, presentato il 20 marzo 2014, «Modifica dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 479, concernente l'ordinamento e la struttura organizzativa dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nonché delega al Governo per il riordino degli organi collegiali territoriali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale».

<sup>40</sup> In proposito va segnalato che in questo stesso numero della Rivista c'è un articolo a firma di Massimo Antichi che si sofferma ampiamente sul tema.

- poiché, come si è cercato di argomentare, per i servizi che prestano trasferimenti monetari la spinta verso l'efficienza e la qualità della gestione operativa può venire soprattutto dai responsabili dell'organizzazione, i compiti e le responsabilità della direzione devono essere definiti in modo che le scelte avvengano effettivamente secondo i dettami dell'articolo 97 della Costituzione. In proposito, va detto che, per le condotte gestionali dell'Ente, i vincoli come quelli fissati dalla «*spending review*»<sup>41</sup> possono avere un carattere di straordinarietà ma non dovrebbero prefigurare il modello budgetario da seguire in periodi di gestione ordinaria. Il modello ordinario dovrebbe invece avere una propria «autonomia progettuale» in cui far rientrare tutti i possibili strumenti utili a conseguire risultati di efficienza, qualità ed efficacia (organizzazione interna, meccanismi di incentivo, esternalizzazioni di parti del ciclo operativo, ecc.), da verificare nei risultati attraverso sistemi di rendicontazione trasparenti (la cosiddetta *accountability*);
- la spinta partecipativa dei cittadini e degli utenti dei servizi di interesse generale, a cui si è fatto ampiamente cenno in precedenza, può trovare la forma istituzionale di rappresentanza in un organo come l'attuale Comitato d'indirizzo e vigilanza (Civ). Tuttavia, le due funzioni richiedono di essere meglio specificate. Entrare nel merito degli indirizzi da seguire comporta una capacità di lettura della situazione economico sociale, con i relativi bisogni a cui occorre dare adeguate risposte con la strumentazione esistente ma an-

<sup>41</sup> Un primo intervento di revisione di spesa è stato adottato con l'articolo 8, comma 3, del d.l. 95/2011, per assicurare il contenimento della spesa per consumi intermedi degli enti e organismi pubblici in misura pari al 5% per il 2012 e al 10% dal 2013 della spesa sostenuta per lo stesso tipo consumi nel 2010. Ulteriori misure sono state previste dall'articolo 1, commi 108-112 della l. 228/2012 (legge di stabilità per il 2013), che ha sancito l'obbligo per gli enti nazionali di previdenza e assistenza di adottare interventi di razionalizzazione per la riduzione delle spese, in modo da conseguire dall'anno 2013 risparmi aggiuntivi non inferiori a 300 milioni di euro annui. Tali risparmi devono essere conseguiti attraverso la riduzione delle risorse destinate all'esternalizzazione di servizi informatici, alla gestione patrimoniale, ai contratti di acquisto di servizi, a convenzioni con patronati e centri di assistenza fiscale (Caf), ai contratti di locazione per immobili strumentali. Inoltre, con la riduzione dei contratti di consulenza; minori assunzioni per gli anni fino al 2015 con l'obiettivo di realizzare un'ulteriore contrazione della consistenza del personale; la rinegoziazione dei contratti in essere con i fornitori di servizi per allineare i corrispettivi ai valori praticati dai migliori fornitori; la stipula di contratti di sponsorizzazione tecnica o finanziaria.

che sollecitando nuovi strumenti. Anche per questo compito è ovviamente auspicabile la presenza nell'organo di professionalità capaci di trattare problematiche anche tecniche particolarmente complesse. In merito alla vigilanza, va detto che essa dovrebbe avere una funzione di carattere valutativo globale. Interventi su singoli aspetti della gestione sono poco confacenti ad un organo di questo tipo e creano inutili sovrapposizioni con altri organi di controllo sull'osservanza della legge e sulla regolarità contabile (Collegio sindacale e magistrato della Corte dei Conti). Lo stesso si può dire per le valutazioni riguardanti la produttività del lavoro, l'efficienza e la trasparenza, compiti che, anche in questo caso, possono essere assolti dall'Organismo indipendente di valutazione che è stato ideato per questa specifica funzione. Una valutazione «globale» presuppone invece l'adozione di indicatori macro di gestione e una metodologia che consente di accertare con rigore gli scostamenti dalle performance programmate. Questo strumento avrebbe un'elevata utilità informativa che permetterebbe ai membri del Civ di avere una misura fondata sulla qualità e l'efficacia della gestione. Il passaggio successivo, che potrebbe rappresentare uno dei punti di maggiore novità di un nuovo sistema di governance, dovrebbe consistere nella possibilità del Comitato di sollevare obiezioni, che avrebbero una base sostanziale di riferimento negli indicatori di performance, mettendo in discussione la qualità dei responsabili della gestione presso l'esecutivo, che ha affidato all'Ente il compito di gestire al meglio le politiche che i decisori pubblici hanno ritenuto idonee a raggiungere gli obiettivi da loro prefissati.

### *Riferimenti bibliografici*

- Aa.Vv., 2007, *Società pubbliche*, «Enciclopedia del diritto», Giuffrè, Milano.
- Abelson P., 2008, *Public Economics: Principles and Practice*, McGraw-Hill, Sydney.
- Bauby P., 2013, *Unity and Diversity of SSGIs in the European Union*, in Neergard U. e al. a cura di, *Social service of general interest in the European union*, Asser Press, L'Aia, pp. 25-52.
- Bove B., Valotti G. e Volpe C. a cura di, 2012, *Risultati dell'istruttoria tecnica. Relazione finale*, Gruppo di lavoro sulla governance degli Enti previdenziali e assicurativi pubblici, Roma, 28 giugno, disponibile all'indirizzo internet: <http://leg16.camera.it/temi16/gruppo%20di%20lavoro%20governance%20enti%20previdenziali.pdf>.
- Bripi F., Carmignani A. e Giordano R., 2011, *La qualità dei servizi pubblici in Italia*,

- «Questioni di Economia e Finanza», Occasional papers, Banca d'Italia, n. 84, gennaio.
- Commissione europea, 2001a, *I servizi di interesse generale in Europa*, Comunicazione/C 17/04, «Gazzetta ufficiale delle Comunità europee», 19 gennaio.
- Commissione europea, 2001b, *Governance europea - Un libro bianco*, Com(2001) 428 def., «Gazzetta ufficiale» C 287, 12 ottobre.
- Commissione europea, 2006, *Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea*, Com(2006) 177 definitivo, Bruxelles, 26 aprile.
- Commissione europea, 2007, *I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo*, Comunicazione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, 725 definitivo, Bruxelles, 20 novembre.
- Commissione europea, 2008, *Biennial Report on social services of general interest*, Commission staff working document, Sec(2008) 2179, Bruxelles, 2 luglio.
- Commissione europea, 2010, *Second Biennial Report on social services of general interest*, Commission staff working document, Sec(2010) 1284 final, Bruxelles, 22 ottobre.
- Commissione europea, 2011a, *Study on social service of general interest*, Dg for Employment, social affairs and inclusion, Directorate general of the European commission (contract VC/2009/0184), ottobre.
- Commissione europea, 2011b, *Una disciplina di qualità per i servizi di interesse generale in Europa*, Comunicazione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, 900 definitivo, Bruxelles, 20 dicembre.
- Commissione europea, 2013a, *Third Biennial Report on social services of general interest: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*, Social investment package, Commission staff working document, Swd (2013) 40 final, Bruxelles, 20 febbraio.
- Commissione europea, 2013b, *Concorrenza. Migliorare il funzionamento dei mercati*, «Le politiche dell'Unione europea», Bruxelles, luglio.
- Commissione europea, 2013c, *Labour market developments in Europe, 2013*, «European Economy», Directorate general for economic and financial affairs, Bruxelles, luglio.
- Commissione europea, 2014, *Employment and social developments in Europe 2013*, Directorate general for employment, social affairs and inclusion, Lussemburgo, 16 gennaio.
- Confindustria, Cgil, Cisl e Uil, 2012, *Avviso comune – Riforma del sistema di governance e del modello organizzativo degli enti previdenziali e assicurativi*, 26 giugno, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.cgil.it/Archivio/Welfare/politiche-previdenziali%5CAvviso\\_Comune\\_Riforma\\_Governance\\_Enti\\_P.pdf](http://www.cgil.it/Archivio/Welfare/politiche-previdenziali%5CAvviso_Comune_Riforma_Governance_Enti_P.pdf).
- Cyert R.M., March J.G., 1992 (prima ed. 1963), *A behavioral theory of the firm*, Wiley-Blackwell Eds., Malden, Oxford.
- De Grazia D., 2012, *L'evoluzione della disciplina dei servizi pubblici nella prospettiva della tutela degli utenti*, «Persona e Mercato» (rivista on line), n. 3.

- Ebbinghaus B. a cura di, 2011, *The Varieties of Pension governance. Pension Privatization in Europe*, Oxford University Press, Oxford.
- Guastaferro B., 2013, *Legalità sovranazionale e legalità costituzionale. Tensioni costitutive e giunture ordinamentali*, Giappichelli Editore, Torino.
- Hirschman A.O., 1970, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, Cambridge.
- Huber M., Maucher M. e Sak B., 2006, *Study on social and health services of general interest in the European union. Final synthesis report*, preparato per Dg Employment, social affairs and equal opportunities, DG EMPL/E/4, VC/2006/0131.
- Ifac Public Sector Committee, 2001, *Governance in the public sector: A governing body perspective international public sector study*, International federation of accountants, New York, agosto.
- Inps, 2014, *Rapporto annuale 2013*, Roma, 8 luglio, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.inps.it/docallegati/Informazioni/schede/Documents/RA\\_2013\\_integrale.pdf](http://www.inps.it/docallegati/Informazioni/schede/Documents/RA_2013_integrale.pdf).
- Jensen M.C. e Meckling W.H., 1976, *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure*, «Journal of Financial Economics», n. 3(4), ottobre, pp. 305-360.
- Kluve J., 2006, *The effectiveness of European active labor market policy*, Iza, Discussion paper n. 2018, Bonn, marzo.
- Koukiadaki A., 2012, *Eu governance and social services of general interest: When even the UK is concerned*, in Barbier J.-C. a cura di, *Eu law, governance and social policy European integration*, online Papers (EIoP), special mini-issue 1, vol. 16, articolo 5.
- Langlands A., 2004, *The good governance standard for public services*, Independent commission for good governance in public services, Opm e Cipfa, Londra.
- Mayntz R., 1999, *La teoria della governance: sfide e prospettive*, «Rivista italiana di scienza politica», anno XXIX, n. 1, aprile, pp. 3-21.
- Mercati L., 2012, *Beni pubblici*, «Diritto on line», Treccani.it - L'enciclopedia italiana, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.treccani.it/enciclopedia/beni-pubblici\\_\(Diritto\\_on\\_line\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/beni-pubblici_(Diritto_on_line)).
- Mignella Calvosa F. a cura di, 2007, *La governance degli enti locali nella gestione dei servizi pubblici*, Rubbettino Editore, Roma.
- Ministero dello Sviluppo economico, 2013, *Rassegna Normativa - Servizi Pubblici Locali*, Programma Operativo «Governance e azioni di sistema» Fse 2007-2013, «Progetto di supporto e affiancamento operativo a favore degli Enti pubblici delle regioni Obiettivo Convergenza», Roma, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.sviluppoeconomico.gov.it/images/stories/normativa/Raccolta\\_normativa\\_SPL.pdf](http://www.sviluppoeconomico.gov.it/images/stories/normativa/Raccolta_normativa_SPL.pdf).
- Mitnick B.M., 1973, *Fiduciary rationality and public policy: the theory of agency and some consequences*, Università di Pittsburgh, Pittsburgh, PA (ristampa di un paper presentato nel 1973 all'Annual Meeting of the American Political Science Association, New Orleans, LA).
- Mitnick B.M., 2013, *Origin of the theory of agency: An account by one of the theory's originators*, School of Business, Università di Pittsburgh, Pittsburgh, PA, 25 marzo, disponibile all'indirizzo internet: <http://ssrn.com/abstract=1020378>.

- Nicita A. e Scoppa V., 2005, *Economia dei contratti*, Carocci, Roma.
- Rangone N., 2012, *Servizi pubblici*, «Diritto on line», Treccani.it - L'enciclopedia italiana, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.treccani.it/enciclopedia/beni-pubblici\\_\(Diritto\\_on\\_line\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/beni-pubblici_(Diritto_on_line)).
- Ross S.A., 1973, *The economic theory of agency: The principal's problem*, «American Economic Review», n. 62(2), pp. 134-139.
- Rothstein B., 2012, *Political legitimacy for public administration*, in Guy P.B. e Jon P., *Handbook of public administration*, Sage Publications, Londra, pp. 407-418.
- Rubery J., 2011, *Reconstruction amid deconstruction: or why we need more of the social in European social models*, «Work, Employment & Society», Sage, dicembre, pp. 658-674.
- Simon H.A., 1956, *Rational choice and the structure of the environment*, «Psychological Review», n. 63 (2), pp. 129-138.
- Spano P., Trivellato U. e Zanini N., 2013, *Le esperienze italiane di misure di contrasto della povertà: che cosa possiamo imparare?*, Irvapp e Università di Padova, paper tecnico, n. 1, marzo.
- Stiglitz J.E., 2000, *Economics of the public sector*, W.W. Norton & Co., New York, terza edizione.
- Stiglitz J.E. e Rosengard J.K., 2014, *Economics of the Public Sector*, WW Norton & Co; New York, quarta edizione.
- Tollison R.T., 2012, *The economic theory of rent seeking*, «Public Choice», v. 152, n. 1-2, luglio, pp. 73-82.
- Williamson O.E., 1979, *Transaction-cost economics: The governance of contractual relations*, «Journal of Law and Economics», The University of Chicago Press, v. 22, n. 2, ottobre, pp. 233-261.

**DIBATTITO**  
Formazione dei redditi  
e politiche di contrasto alle disuguaglianze

Maurizio Franzini, Elena Granaglia e Michele Raitano,  
*Dobbiamo preoccuparci dei ricchi?*,  
Bologna, Il Mulino, 2014



## Il «problema» dei ricchi in una prospettiva sociologica

**David Benassi**

*L'articolo presenta alcune riflessioni sul fenomeno della ricchezza a partire dal libro curato da Franzini, Granaglia e Raitano, Dobbiamo preoccuparci dei ricchi? (2014). In particolare viene discusso, da una prospettiva sociologica, chi sono i ricchi, come si diventa ricchi e quali sono le conseguenze della (eccessiva) concentrazione della ricchezza. Il punto centrale dell'articolo, ripreso dal libro di Franzini e colleghi, è che*

*il raggiungimento delle posizioni sociali che garantiscono un elevato reddito non dipende – solo – dalle capacità e dallo sforzo individuale, ma anche o soprattutto dalla posizione privilegiata di partenza. Si argomenta poi che un'elevata concentrazione della ricchezza ha effetti negativi per la società nel suo insieme, in quanto ostacola la mobilità sociale, e per i ricchi stessi, che si trovano a vivere in un contesto sociale conflittuale.*

RPS

### 1. Introduzione

Il libro di Franzini, Granaglia e Raitano costituisce una rara possibilità di gettare luce sui ricchi, un gruppo sociale poco considerato dalla ricerca e dalla letteratura accademica ma che, come è facile capire, ha un'enorme capacità di influenzare le dinamiche sociali e i processi decisionali. Abbastanza incredibilmente i ricchi sono stati solo occasionalmente oggetto di riflessione<sup>1</sup>, probabilmente perché, come sottolineano gli autori, si ritiene comunemente che la ricchezza non sia un problema rilevante, a differenza della povertà. In realtà anche la ricchezza può costituire un problema sociale, in particolare quando è eccessiva-

<sup>1</sup> Ben altra attenzione ha ricevuto il tema delle élite, un concetto non sovrapponibile a quello di ricchi. È vero, infatti, che spesso i ricchi sono anche membri dell'élite, ma è molto meno automatico il contrario: spesso i membri dell'élite non sono ricchi. Il concetto di élite riguarda l'insieme di persone con un potere di influenza sulla società, sia perché detengono materialmente il potere (si vedano i teorici delle élite di inizio '900, Mosca, Pareto e Michels, ma anche la *power élite* di Wright Mills (1956) o l'*inner circle* di Useem (1986), sia perché in grado di influenzare gusti e aspettative culturali dei vari gruppi sociali (come in Bourdieu o in Foucault).

mente concentrata o quando le remunerazioni di alcuni top manager raggiungono valori migliaia di volte superiori a quelli dei normali lavoratori. Proprio mentre si scrivono queste note è stato reso noto che il numero uno e il numero due di Pimco, una società di gestione americana, hanno ricevuto per il 2013 un compenso rispettivamente di 290 e 230 milioni di dollari (Linkiesta, 16 novembre 2014), pari a circa 5.800 e 5.500 volte il reddito mediano negli Usa (\$ 50.500, fonte Us Census). Come giustamente sottolineano gli autori del libro, anche senza focalizzarsi solo su casi così straordinari, l'interesse per la ricchezza non deve essere motivato da una qualche forma di invidia nei confronti di chi ha avuto la fortuna e la bravura di ottenere redditi particolarmente elevati. Però, queste differenze sono effettivamente motivate da capacità così eccezionali oppure dipendono – anche – da altri fattori non meritocratici? E comunque, sarebbero in qualche modo giustificate e giustificabili differenze nell'ordine anche «solo» di decine di volte?

In queste pagine rifletteremo su alcuni degli argomenti proposti nel libro, cercando di sviluppare alcuni aspetti da una prospettiva sociologica intorno a tre questioni particolarmente rilevanti quando si parla di ricchi: chi sono i ricchi, come si diventa ricchi e quali sono le conseguenze quando la ricchezza assume alcuni connotati.

## 2. *Chi sono i ricchi*

La prima questione rilevante quando si riflette sui ricchi e sulla ricchezza è elaborare una definizione e un metodo per poter identificare e delimitare il gruppo dei ricchi. Si tratta di una questione piuttosto complessa in quanto è difficile trovare un criterio facilmente condivisibile per caratterizzare la condizione dei ricchi. Nel caso della povertà, pur nella complessità del fenomeno e in presenza di una sterminata letteratura, che ha in effetti prodotto una molteplicità di definizione e criteri di identificazione, è possibile individuare un criterio ultimo, per quanto vago, per identificare il povero: colui che non dispone di un set di risorse minime, e della capacità di utilizzarle, per condurre un vita dignitosa. Qual è invece il confine che separa il benestante dal ricco? Oltre quale soglia il benestante si trasforma in ricco? Inoltre, esiste una discontinuità tra queste due condizioni in termini di ruolo sociale, modelli di socialità e capacità di influenzare la società (potere)?

La letteratura economica, come ricordano gli autori, ha affrontato questa questione definendo delle soglie convenzionali di ricchezza e

preoccupandosi sostanzialmente solo di contare i ricchi. Questa letteratura (si veda in particolare Atkinson, Picketty e Saez, 2009) si è concentrata sulle posizioni di vertice della distribuzione dei redditi (top 10%, 5%, 1%, 0,1%) osservando nel lungo periodo, grazie a dati di natura fiscale, il livello di concentrazione del reddito in questo segmento della popolazione. Atkinson, Picketty e Saez (2009) mostrano come la concentrazione del reddito nel top 1% fosse massima nei primi decenni del XX secolo (tra il 15 e il 20%, con un picco del 25% nel 1928), come sia declinata dalla fine degli anni '30 fino ad un minimo di circa il 9% negli anni '70, per poi risalire molto velocemente negli anni successivi e ritornare ai livelli massimi di inizio '900. Un elemento interessante, che sottolineano anche Franzini e colleghi con riferimento al caso italiano, è che la ripresa della concentrazione del reddito nel top 1% è avvenuta soprattutto grazie alla crescita dei redditi da lavoro (e da *capital gain*) piuttosto che dei redditi da capitale, contrariamente a un secolo fa. Quindi, diversamente dalle società *ancien régime*, oggi l'appartenenza alla fascia più elevata della distribuzione del reddito non è il frutto della stirpe di provenienza, ma il prodotto della capacità di procurarsi un reddito elevato attraverso il proprio lavoro.

Di conseguenza, Franzini e colleghi nel libro si occupano correttamente dei *working rich*, le persone che sono ricche di reddito, cioè grazie al flusso delle risorse economiche alimentato dal loro lavoro, tralasciando quindi i ricchi da patrimonio. Interessa infatti capire chi è in grado di guadagnare col proprio lavoro redditi molto elevati, e quali fattori consentono di raggiungere posizioni così remunerative. Innanzitutto gli autori elaborano un approccio per individuare delle soglie di ricchezza, mutuando quello tipico dello studio della povertà: si stimano le soglie come multipli del reddito mediano della popolazione. Si tratta quindi di una definizione «relativa» di ricchezza. Nella tabella 1 sono indicati i criteri, i valori delle soglie e l'incidenza (quella dei super ricchi non è riportata per l'eccessiva esiguità di questo gruppo nel campione Eu-Silc).

Tabella 1 – Criteri, soglie e incidenza di benestanti, ricchi e super ricchi secondo Franzini e al.; reddito familiare complessivo per una coppia senza figli

|              | Criterio                 | Soglia    | Incidenza | Quota reddito complessivo |
|--------------|--------------------------|-----------|-----------|---------------------------|
| Benestanti   | 3 volte reddito mediano  | 72.000 €  | 1,9%      | 9,4%                      |
| Ricchi       | 5 volte reddito mediano  | 120.000 € | 0,3%      | 3,3%                      |
| Super ricchi | 10 volte reddito mediano | 240.000 € | n.d.      | n.d.                      |

Fonte: elaborazioni di Franzini e al. su dati Eu-Silc, 2009.

Si tratta di una frazione delle famiglie italiane piuttosto contenuta<sup>2</sup>, che però concentra nelle proprie mani una quota molto rilevante del reddito disponibile<sup>3</sup>. Questo conferma, in comparazione con quanto si rileva in altri paesi, come in Italia la concentrazione del reddito, e quindi la disuguaglianza, sia particolarmente elevata (fig. 1.4 e 1.5 del libro). Si tratta di un'evidenza particolarmente interessante che riprenderemo più avanti.

Lo spostamento dell'origine della ricchezza da patrimonio a lavoro è molto interessante perché il lavoro è anche un potente fattore di elaborazione dell'identità sociale degli individui, e ci consente di riflettere sui ricchi come gruppo sociale che produce rappresentazioni della realtà e strategie di distinzione sociale. Già alla fine dell'Ottocento, Thorstein Veblen in *The theory of the leisure class* (1899) aveva elaborato la nota teoria del consumo vistoso (*conspicuous consumption*) per spiegare i comportamenti di consumo della nuova classe borghese<sup>4</sup>: l'ostentazione di beni particolarmente costosi e vistosi sarebbe giustificata dalla volontà di rendere il più possibile pubblico il prestigio del proprio rango, esprimendo così l'appartenenza al gruppo sociale dei ricchi<sup>5</sup>. Di più, questi consumi influenzano i desideri degli individui appartenenti agli strati sociali inferiori, innescando un continuo processo di imitazione/differenziazione che vede i ricchi innovare continuamente le proprie scelte di consumo.

Lo spunto di Veblen è interessante perché suggerisce di guardare anche ai consumi nel tentativo di delimitare concettualmente ed empiricamente i ricchi come gruppo sociale. Non si tratta però solo di identificare alcuni beni particolarmente selettivi e in base ad essi individua-

<sup>2</sup> Lo 0,3% di 24.5 milioni di famiglie presenti oggi in Italia corrisponde a 73.500; l'11,9% a 465.500.

<sup>3</sup> Vale la pena di ricordare che stiamo osservando il reddito come flusso periodico di risorse, mentre la concentrazione dello stock di ricchezza, accumulata accantonando una parte del reddito, è molto più concentrata: D'Alessio (2012, tab. A3, p. 23) stima un indice di Gini della distribuzione della ricchezza tra le famiglie italiane di 0,631, mentre quello relativo al reddito si ferma a 0,294.

<sup>4</sup> Per una breve presentazione della teoria vedi Codeluppi (2008, pp. 61-63).

<sup>5</sup> Al concetto di «*conspicuous consumption*» Veblen affianca quello di «*conspicuous leisure*»: l'impiego ostentatamente ozioso del proprio tempo è una dimostrazione del proprio status e della propria ricchezza. È interessante notare come rispetto alla società ottocentesca che osservava Veblen, oggi lo status sociale dei membri dell'élite si manifesta piuttosto attraverso l'iper-attività lavorativa e l'ostentazione della *mananza* di tempo.

re chi li acquista per scopi di leisure: voli in business class, alberghi di lusso, possesso di barche e di auto di grossa cilindrata, ecc.<sup>6</sup>. Ancora più interessante e significativa sarebbe però una prospettiva volta a includere nell'analisi dei consumi la formazione delle preferenze e le pratiche di consumo tipiche degli strati sociali privilegiati. Pionieristico in questo senso è stato il lavoro di Bourdieu (1979), che mostra come i gusti culturali delle varie classi si formano all'incrocio tra origini sociali, risorse materiali e capitale scolastico acquisito. I consumi, e in particolare i consumi culturali, diventano pratiche di distinzione che consentono di riconoscere ed essere riconoscibili dagli altri. Un'analisi sistematica della formazione dei gusti e delle preferenze da parte dei ricchi e del potere di influenza sui gusti degli altri gruppi sociali sarebbe un lavoro estremamente interessante.

### *3. Come si diventa ricchi*

Abbiamo in precedenza riportato le stime di Franzini e colleghi sulle dimensioni limitate del gruppo dei ricchi nel nostro paese, notando quindi come il reddito sia particolarmente concentrato. Si tratta di un aspetto molto interessante del fenomeno, anche alla luce delle caratteristiche del capitalismo italiano, e che ha delle conseguenze rilevanti sulle modalità di accesso a questa fascia privilegiata. Come moltissimi studiosi hanno sottolineato (per tutti, Bagnasco, 1977), il capitalismo italiano è nato come «affare di famiglia», e ancora oggi molti dei più importanti gruppi industriali italiani sono saldamente sotto il controllo dei discendenti dei fondatori. A maggior ragione, anche l'accesso o il successo nell'esercizio delle libere professioni è spesso agevolato dall'origine familiare: non è un mistero che la mobilità sociale in Italia è particolarmente modesta, sia quella intergenerazionale che quella intragenerazionale (Marzadro e Schizzerotto, 2011; Breen, 2004)<sup>7</sup>. An-

<sup>6</sup> Un lavoro che potrebbe comunque essere interessante. Per esempio, al 31 dicembre 2013 risultavano iscritte ai registri nautici oltre 47mila imbarcazioni di oltre 10 metri, un numero quasi doppio rispetto alle 25mila registrate nel 2002 (Mit, 2014). Si consideri per altro che non si tratta certamente di un dato esauritivo, dal momento che molti proprietari registrano l'imbarcazione all'estero.

<sup>7</sup> La ricerca sociologica ha da lungo tempo messo in evidenza questo aspetto della società italiana, si veda in particolare Cobalti e Schizzerotto (1994), Pisati e Schizzerotto (2004), Schizzerotto (2002), Pisati (2000). Nel rapporto 2011 Oecd

cora, la ricerca ha evidenziato un elevato livello di omogamia nelle scelte matrimoniali degli italiani (Schizzerotto, 2002; Bernardi, 2003), in particolare tra coloro che hanno raggiunto elevati livelli di istruzione: un ulteriore elemento che favorisce l'immobilità sociale e, di conseguenza, la riproduzione delle élite.

Accedere al gruppo dei ricchi è dappertutto un'operazione piuttosto complicata, soprattutto per chi non proviene dagli ambienti «giusti». Per esempio, uno studio sulle caratteristiche e la struttura dell'élite finanziaria francese (Kadushin, 1995) ha mostrato come la metà dei componenti dell'*inner circle*, cioè il cuore di questa élite, aveva frequentato uno dei tre più prestigiosi licei parigini (Louis le Grand, Henri IV e Janson de Sailly) e come successivamente la stragrande maggioranza avesse avuto accesso al sistema delle Grandes Ecoles. Probabilmente in Italia l'accesso all'élite è ancora più difficile trattandosi di un gruppo particolarmente ristretto e dal momento che le opportunità di mobilità sociale (ascendente e discendente) sono particolarmente esigue. Le famiglie ricche, quindi, dispongono di tutta una serie di strumenti per favorire la trasmissione della capacità di produrre redditi elevati<sup>8</sup>.

Senza avere l'ambizione di discutere sistematicamente una letteratura molto ampia e multidisciplinare, è possibile individuare tre canali fondamentali tramite i quali le famiglie possono favorire nei loro figli lo sviluppo di capacità e competenze collegate alla capacità di produrre redditi elevati. I tre canali si riferiscono alla diseguale capacità delle famiglie di mobilitare risorse di tipo materiale (capitale economico), di tipo relazionale (capitale sociale) e di tipo cognitivo/culturale (capitale culturale)<sup>9</sup>. Le risorse del primo tipo, naturalmente più abbondanti tra le famiglie ricche, sono importanti perché consentono di sviluppare pienamente le capacità individuali avendo un orizzonte temporale di lungo periodo<sup>10</sup>. Nel caso delle scelte scolastiche, per esempio, i ram-

sulla disuguaglianza, l'Italia si colloca sempre tra i paesi nei quali il family background ha un'incidenza maggiore sugli indicatori di benessere (reddito, risultati scolastici), frenando quindi la mobilità sociale (Oecd, 2011, cap. 5).

<sup>8</sup> Oltre che, ovviamente, patrimoni più o meno consistenti. Come detto, però, nel libro e quindi anche in queste note ci concentriamo sulla ricchezza da reddito.

<sup>9</sup> Senza dimenticare la trasmissione genetica di caratteri fisici o tratti della personalità premianti dal punto di vista occupazionale (Osborne Groves, 2005).

<sup>10</sup> Occupandoci di ricchi, non prendiamo in considerazione gli effetti negativi della carenza di sufficienti risorse materiali. La letteratura medica, pedagogica e

polli delle famiglie privilegiate possono intraprendere percorsi particolarmente lunghi e impegnativi senza temere i costi di un eventuale fallimento dell'investimento (Breen e Goldthorpe, 1997; Becker, 2003). Un fenomeno classico, ma che negli ultimi anni sembra stia diventando sempre più rilevante anche in Italia, è quello dell'iscrizione dei figli a scuole private molto prestigiose, e costose, che garantiscono una formazione di alto livello ed estremamente esclusiva<sup>11</sup>. Si tratta di una pratica che ha un'utilità anche per lo sviluppo e la mobilitazione delle risorse di tipo relazionale: non è forse un caso che tre figure di altissimo livello delle istituzioni e dell'economia come Luca di Montezemolo, Mario Draghi e Gianni De Gennaro siano stati compagni di classe alle scuole medie e al liceo in un prestigioso, e costoso, istituto privato di Roma<sup>12</sup>. Le relazioni sociali sono determinanti per qualsiasi percorso di carriera, a maggior ragione per raggiungere le posizioni che consentono di ottenere redditi molto elevati. La letteratura sugli «*interlocking directorates*» (Mizruchi, 1996) insegna come la pratica di nominare nei consigli di amministrazione delle società persone che appartengono ad un'altra società serva – tra le altre cose – per creare una rete coesa di persone che condividono le stesse preferenze e le stesse abitudini: Burt (2006) per esempio segnala come i membri (325) del prestigiosissimo Commercial Club di Chicago sono straordinariamente sovrarappresentati tra le persone con affiliazioni multiple nei consigli di amministrazione. Lo stesso risultato viene trovato da Kadushin (1995) nel già citato studio sull'élite finanziaria francese. Le relazioni sociali che contano sono quindi una risorsa che le famiglie possono mobilitare, e che anzi abitualmente mobilitano a vantaggio

psicologica dimostra chiaramente come i bambini di famiglie povere corrono rischi enormemente superiori di contrarre malattie, avere incidenti, soffrire di disturbi psicologici, avere problemi di apprendimento, ecc. (Bradley e Corwin, 2002).

<sup>11</sup> Sarebbe interessante uno studio sistematico sull'offerta formativa proposta da queste scuole, nei diversi gradi. Una veloce ricognizione suggerisce che a fronte di rette estremamente elevate (anche ben oltre i 10.000 euro all'anno, ai quali aggiungere altri costi come la mensa, il trasporto e le attività extracurricolari) vengono offerti percorsi formativi in inglese, lunghi soggiorni in paesi stranieri, attività sportive, scambi con scuole di altri paesi, insegnamento di lingue emergenti (cinese, arabo).

<sup>12</sup> L'articolo del Corriere della Sera del 22 dicembre 2005 da cui è tratta questa informazione evidenzia come molte altre figure di spicco dell'economia, della politica, delle professioni, della diplomazia hanno studiato nello stesso istituto.

dei loro figli per sfruttare i privilegi dell'appartenenza a circoli ristretti e selettivi. Nel loro insieme, quindi, i meccanismi legati alla mobilitazione delle risorse economiche e di quelle relazionali producono quei ben noti fenomeni di chiusura sociale finalizzati a impedire che gli «outsider» si appropriino dei privilegi propri di una specifica cerchia sociale, come già Max Weber (1922) aveva notato. Le strategie di chiusura sociale consistono tipicamente nella creazione di barriere all'esercizio di una determinata professione, prevedendo il possesso di specifici titoli di studio o particolari processi di abilitazione. Nel caso dei ricchi, però, non si tratta di barriere formali ma di forme di appartenenza più profonde e selettive. Sarebbe di indubbio interesse per le scienze sociali approfondire i processi di chiusura sociale e le procedure di accettazione dei nuovi membri adottati nelle cerchie sociali dei ricchi.

Infine, l'ultimo canale con il quale le famiglie possono favorire lo sviluppo delle capacità dei propri figli, e quindi consentire loro di rimanere/accedere al gruppo dei ricchi, riguarda la dimensione cognitiva/culturale. Si tratta di un'area di ricerca straordinariamente importante, forse addirittura più importante di quelle che abbiamo visto, ma che finora non ha ricevuto sufficiente attenzione da parte di economisti e sociologi<sup>13</sup>. Gli studi di area medica, psicologica e pedagogica hanno ampiamente documentato come lo status socioeconomico abbia un impatto determinante, benché non esclusivo, sulla salute, sullo sviluppo cognitivo e su quello socio-emotivo del bambino da prima della nascita fino all'età adulta (per una rassegna degli studi si veda Bradley e Corwyn, 2002). Per esempio, le famiglie con un elevato status dedicano più tempo alla conversazione con i loro figli, leggono più libri con loro, forniscono maggiori esperienze formative, utilizzano un vocabolario più vasto e incoraggiano i figli a fare altrettanto: tutto questo è strettamente correlato con un maggiore sviluppo delle capacità cognitive e con il maggiore successo scolastico (Bradley e Corwyn, 2002, p. 382), e quindi al raggiungimento di posizioni professionali migliori e, di conseguenza, a un reddito più elevato. Visti i risultati di ricerca molto promettenti di questa letteratura, ma anche l'approssimazione con la quale vengono definite le variabili socio-eco-

<sup>13</sup> Questo forse è vero soprattutto in Europa, mentre negli Usa queste linee di ricerca sono molto più sviluppate e coinvolgono équipe multidisciplinari. Si veda per esempio il volume curato da Bowles, Gintis e Osborne Groves (2005) o quello di Ermisch, Jäntti e Smeeding (2012).

nomiche, sarebbe altamente auspicabile una maggiore collaborazione tra ricercatori provenienti dai diversi ambiti disciplinari.

Ovviamente non si entra nel gruppo dei *top earner* solamente grazie al background familiare e alla capacità dei genitori di sviluppare le competenze più adatte a tale obiettivo. Contano anche le capacità individuali ed eventualmente i talenti fuori dall'ordinario che portano alcune persone a raggiungere particolari risultati. Franzini, Granaglia e Raitano nel libro individuano diversi itinerari professionali tramite i quali è possibile raggiungere il gruppo dei ricchi e dei super ricchi. Essenzialmente, abbiamo le star dello sport e dello spettacolo, gli imprenditori schumpeteriani, i professionisti di successo, gli amministratori delegati (Ceo) e i top manager (Franzini e al., 2014, p. 51), ai quali è possibile aggiungere, soprattutto nel caso italiano, gli alti dirigenti pubblici. Gli autori spiegano gli elevati redditi di questi lavoratori riferendosi alle più accreditate teorie economiche, anche se bisogna riferirsi a fattori di volta in volta diversi.

In linea di massima possiamo distinguere i casi di chi ottiene elevati redditi grazie alla capacità di produrre beni per il mercato dei consumatori, da chi invece ottiene redditi elevati pur non muovendosi su questo mercato. Nella prima categoria, che include le star dello spettacolo e dello sport, gli imprenditori schumpeteriani e, in misura minore, i liberi professionisti, troviamo le modalità di arricchimento più comprensibili e giustificabili, essendo fondate su una combinazione di capacità e impegno che si confronta con le preferenze dei consumatori. Nel caso delle star gli elevatissimi redditi si spiegano con la teoria del consumo congiunto: uno stesso prodotto (una canzone, un film) possono essere «consumati» un numero infinito di volte, generando quindi flussi di reddito elevatissimi. La rivista Forbes ha stimato che la band U2 tra il maggio 2011 e il maggio 2012 abbia avuto ricavi da vendita di dischi e concerti pari a 78 milioni di dollari. Nel caso degli imprenditori schumpeteriani, l'innovazione consente loro di essere un passo avanti alla concorrenza, e quindi di sfruttare la disponibilità dei consumatori ad acquistare prodotti nuovi e innovativi: si tratta indubbiamente di una delle modalità di arricchimento più giustificabili. Però, come sottolineano Franzini, Granaglia e Raitano, sia nel caso delle star dello spettacolo che degli imprenditori schumpeteriani, e a maggior ragione nel caso dei liberi professionisti di successo, non di rado chi riesce a conquistare una posizione particolarmente dominante nel mercato la sfrutta per limitare l'ingresso di altri attori, godendo così di rendite non più giustificate dal successo nella competizione di mercato.

RPS

David Benassi

Ceo, top manager e alti dirigenti pubblici riescono a raggiungere redditi estremamente elevati senza nemmeno confrontarsi col mercato, ma disponendo ed esercitando una qualche forma di potere. Gli autori del libro attingono a una letteratura che spiega come il potere dei dirigenti delle public companies sia aumentato dagli anni '70, e come quindi siano riusciti a modificare a loro favore i meccanismi di determinazione dei loro compensi, che negli anni si sono moltiplicati. Nel caso degli alti dirigenti pubblici, spesso a contatto con la politica, è necessario riferirsi a un potere che consente di controllare gli apparati e le procedure burocratiche, e che di conseguenza sposta a loro vantaggio i rapporti di forza: non si contano gli episodi di «interdizione burocratica» che questi dirigenti hanno adottato per contrastare provvedimenti a loro sgraditi. Questo potere burocratico ha consentito loro di richiedere, o auto attribuirsi, compensi molto elevati e crescenti nel tempo, al di fuori di qualsiasi verifica dell'efficacia o della qualità del loro lavoro.

#### 4. *Le conseguenze di una elevata concentrazione della ricchezza*

Il raggiungimento di redditi molto elevati, come abbiamo visto, non è semplicemente una questione di capacità e meriti individuali eccezionali, ma spesso è invece il risultato della disuguale distribuzione iniziale di vantaggi legati al background familiare e sociale. Inoltre, l'elevata concentrazione della ricchezza ha delle conseguenze negative sulla società nel suo insieme, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista della qualità delle relazioni sociali. Per quanto riguarda le conseguenze economiche, Franzini e colleghi richiamano le limitazioni della concorrenza, e quindi gli effetti negativi per i possibili attori economici che vengono ostacolati e per i consumatori che non possono usufruire di beni e servizi di migliore qualità o minore costo. In più vengono criticati e smentiti gli ipotetici effetti positivi della ricchezza per la società nel suo insieme (*trickle down*, maggiori risorse per il welfare, filantropia).

Un elemento di fondamentale importanza è che i ricchi sono «intrinsecamente» conservatori, non avendo alcun interesse a modificare gli assetti istituzionali che hanno dato loro i privilegi di cui godono. Si tratta di un aspetto di tutta evidenza, rilevato già un secolo fa dai teorici delle élite, e che suggerisce il fatto che quando la disuguaglianza è particolarmente elevata le opportunità di mobilità sociale si riducono,

dal momento che una ristretta élite dispone di tutti gli strumenti per ostacolare gli outsider nell'accesso all'élite. In passato questi ostacoli erano formali, basti pensare che fino alla legge Codignola del 1969 l'accesso all'università era prerogativa dei diplomati al liceo classico (tutte le facoltà) e al liceo scientifico (solo le facoltà scientifiche), che nella stragrande maggioranza dei casi erano i figli della borghesia. Oggi le strategie di chiusura sociale adottate dall'élite non sono più formalizzate, ma ancora largamente utilizzate, per esempio, restando all'ambito dell'università, mandando i figli a studiare in prestigiose, e assai costose, università all'estero.

L'evidenza empirica sul rapporto tra disuguaglianza e mobilità, in parte riportata anche da Franzini e colleghi e da un precedente lavoro di Franzini (2013), è assolutamente concorde (per esempio Oecd, 2011) e dimostra che la crescita della disuguaglianza avvenuta in molti paesi occidentali negli ultimi decenni possa tradursi in un ulteriore freno alla mobilità sociale.

Per le persone che occupano i gradini inferiori della stratificazione sociale un livello elevato di disuguaglianza produce naturalmente conseguenze negative (Wilkinson e Pickett, 2009). Queste vanno dalle peggiori condizioni di salute (per es. Marmot e Wilkinson, 2005), ai maggiori rischi di permanere in povertà, alle minori opportunità educative (per es. Duncan e Murnane, 2011), ecc. Un aspetto che spesso non viene messo sufficientemente in evidenza è però che quando la disuguaglianza raggiunge livelli particolarmente elevati produce conseguenze negative per tutta la società, e quindi anche per i ricchi. In particolare, appare sufficientemente confermato che i reati sono più frequenti nelle realtà territoriali caratterizzate da maggiore disuguaglianza e povertà (si veda Kelly, 2000 per gli Usa e Whithworth, 2012 per Uk). I ricchi, che sono spesso le vittime di questi reati, soprattutto quelli contro la proprietà, ne subiscono le conseguenze e sono spinti ad adottare delle precauzioni. L'esempio più noto e studiato è probabilmente quello delle *gated communities* – lussuosi complessi residenziali recintati ad accesso controllato e protetti da personale di sicurezza (Blakely e Snyder, 1997) – nate inizialmente negli Usa ma poi molto diffuse anche in Sud America e in Asia. L'autosegregazione dei ricchi nelle *gated communities* è l'effetto del crescente senso di insicurezza in cui vivono anche, o soprattutto, i ricchi (Low, 2001), con un evidente peggioramento della qualità della loro vita, malgrado l'abbondanza di risorse economiche.

### Riferimenti bibliografici

- Atkinson A.B., Picketty T. e Saez E., 2009, *Top Incomes in the Long Run of History*, Nber working paper series, n. 15408, ottobre.
- Bagnasco A., 1977, *Tre Italie. La problematica territoriale dello sviluppo italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Becker R., 2003, *Educational Expansion and Persistent Inequalities of Education*, «European Sociological Review», n. 19 (1), pp. 1-19.
- Bernardi F., 2003, *Who marries whom in Italy? Educational homogamy in Italy*, in Blossfeldin H.-P. e Timm A. a cura di, *Educational systems as marriage markets in modern societies. A comparison of thirteen countries*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 113-139.
- Blakely E. e Snyder M., 1997, *Fortress America: gated communities in the United States*, Brookings Institution Press, Washington.
- Bourdieu P., 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, Parigi.
- Bowles, S., Gintis H. e Osborne Groves M. a cura di, 2005, *Unequal chances: family background and economic success*, Princeton University Press, Princeton.
- Franzini M., 2013, *Disuguaglianze inaccettabili. L'immobilità economica in Italia*, Laterza, Roma-Bari.
- Bradley R. e Corwyn R., 2002, *Socioeconomic Status and Child Development*, «Annual Review of Psychology», n. 53, pp. 371-399.
- Breen R. a cura di, 2004, *Social Mobility in Europe*, Oxford University Press, Oxford.
- Breen R. e Goldthorpe J., 1997, *Explaining educational differentials: Towards a formal rational action theory*, «Rationality and Society», n. 9 (3), pp. 275-305.
- Burt R., 2006, *Interlocking Directorates behind the S&P Indices*, University of Chicago, Graduate School of Business, paper non pubblicato.
- Cobalti A. e Schizzerotto A., 1994, *La mobilità sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Codeluppi V., 2008, *Manuale di sociologia dei consumi*, Carocci, Roma.
- D'Alessio G., 2012, *Ricchezza e disuguaglianza in Italia*, Banca d'Italia, Occasional papers, n. 115, febbraio.
- Duncan G. e Murnane R. a cura di, 2011, *Whiter opportunity? Rising inequality, schools, and children's life chances*, Russell Sage Foundation, New York.
- Ermisch J., Jäntti M. e Smeeding T. a cura di, 2012, *From parents to children: The intergenerational transmission of advantage*, Russell Sage Foundation, New York.
- Kadushin C., 1995, *Friendship among the french financial elite*, «American Sociological Review», n. 60, aprile, pp. 202-221.
- Kelly M., 2000, *Inequality and crime*, «Review of Economics and Statistics», n. 82 (4), pp. 530-539.
- Linkiesta – Marcello Esposito, *Lo stipendio di un top manager vale mille anni di ozio*, 16 novembre, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.linkiesta.it/stipendi-top-manager-follia>.
- Low S., 2001, *The edge and the center: Gated communities and the discourse of urban fear*, «America Anthropologist», n. 103, pp. 45-58.

- Marmot M. e Wilkinson R., 2005, *Social determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- Marzadro S. e Schizzerotto A., 2011, *Le prospettive di mobilità sociale dei giovani italiani nel corso del XX secolo*, in Schizzerotto A., Trivellato U. e Sartor N. a cura di, *Generazioni disuguali. Le condizioni di vita dei giovani di oggi e di ieri: un confronto*, Il Mulino, Bologna.
- Mit (Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti), 2014, *Il porto nautico in Italia. Anno 2013*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.mit.gov.it/mit/site.php?p=cm&co=vd&id=3516>.
- Mizruchi M., 1996, *What Do Interlocks Do? An Analysis, Critique, and Assessment of Research on Interlocking Directorate*, «Annual Review of Sociology», n. 22, pp. 271-298.
- Oecd, 2011, *Divided we stand. Why inequality keeps rising*, Oecd Publishing.
- Osborne Groves M., 2005, *Personality and the Intergenerational Transmission of Economic Status*, in Bowles S., Gintis H. e Osborne Groves M. a cura di, *Unequal chances: family background and economic success*, Princeton University Press, Princeton.
- Pisati M., 2000, *La mobilità sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Pisati, M. e Schizzerotto A., 2004, *The Italian mobility regime*, in Breen R. a cura di, *Social mobility in Europe*, Oxford University Press, Oxford.
- Schizzerotto A. a cura di, 2002, *Vite ineguali*, Il Mulino, Bologna.
- Useem M., 1986, *The inner circle. Large corporations and the rise business political activity in the Us and Uk*, Oxford University Press, Oxford.
- Veblen T., 1899 (1994), *The theory of the leisure class. An economic study of institutions*, Penguin Books, New York.
- Weber M., 1922 (1961), *Economia e società*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Whithworth A., 2012, *Inequality and crime across England: a multilevel modelling approach*, «Social Policy and Society», vol. 11 (1), pp. 27-40.
- Wilkinson R e Pickett K., 2009, *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*, Penguin Books, Londra.
- Wright Mills C., 1956, *The power élite*, Oxford University Press, Oxford.



## Molte buone ragioni per (pre)occuparci dei ricchi fra miti da sfatare e interessanti proposte

**Emmanuele Pavolini**

RPS

*Negli ultimi decenni le disegualianze sociali sono aumentate a seguito di vari fenomeni che hanno riguardato tutte le principali fasce della popolazione. In genere nelle analisi su tali processi ci si concentra su ciò che accade ai ceti e alle*

*classi medie e, anche più, ai gruppi di popolazione con redditi bassi o medio-bassi. Vi sono, però, molte buone ragioni – scientifiche ma anche politiche – per occuparsi di quanto accade nella parte alta della distribuzione dei redditi.*

Dobbiamo preoccuparci dei ricchi? Leggendo con attenzione il volume scritto da Franzini, Granaglia e Raitano, la risposta è che conviene, innanzitutto, occuparcene scientificamente e poi preoccuparcene politicamente sia per gli effetti redistributivi che una forte presenza di ricchi porta con sé sia per le potenziali distorsioni del funzionamento del mercato che la loro ascesa tende ad avere.

Il libro ha una serie di pregi, il primo dei quali è la complementarità fra i vari capitoli, che assicura una visione complessiva e ampia sui fenomeni dei nuovi ricchi. Il secondo è l'acutezza di analisi. Il terzo è la capacità di muoversi a vari livelli e con vari tagli di analisi: da quella empirica, a quella più legata alla teoria economica riguardante i funzionamenti dei mercati, a quella più teorico-filosofica su concetti quali equità e libertà.

La lettura del volume aiuta a collocarsi in un dibattito da cui si apprende molto e in parte si riescono anche a sfatare alcune immagini sui ricchi e su un mondo in cui una parte della popolazione (quella ricca o «super-ricca») si sta progressivamente staccando dal resto della società come livelli e concentrazione dei redditi.

Primo insegnamento: nei paesi occidentali i ricchi stanno cambiando volto. Fra di loro il gruppo più dinamico non è tanto quello dei «vecchi» *rentier*, la cui ricchezza era legata al possesso del capitale, bensì dei ricchi da redditi da lavoro. È, quindi, sul mercato del lavoro che si vengono a creare nuove (rapide) chance di carriera e di arricchimento. Questa trasformazione del ricco in Italia come in molti paesi occidentali, ben documentata nel testo a partire sia dall'analisi empirica

contenuta nel primo capitolo che dai richiami alla letteratura internazionale sul tema, è importante perché indica come fra i ricchi vi siano figure in buona parte meno presenti in passato: se nella società fordista si poteva immaginare che i ricchi per eccellenza fossero i grandi proprietari di impresa, di immobili, di terreni, complessivamente di «capitale», nella società post-fordista (e in parte post-manifatturiera) che si sta delineando, si diffondono altre figure, diventate ricche grazie ai redditi da lavoro. Anche in paesi come l'Italia si configura sempre più nettamente un fenomeno già emerso nei paesi anglosassoni a partire dagli anni '80: la forte crescita della quota di lavoratori definibili «*working super rich*». Si tratta di un mondo composito di figure che comprendono alcune categorie di *professionisti* (avvocati d'affari, banchieri d'investimento, spesso notai, farmacisti), *top manager delle grandi imprese* e *superstar dello sport e dello spettacolo*.

Fra i top manager va inserita anche una parte di dirigenti pubblici o di aziende che sono state (in parte o del tutto) privatizzate nel tempo. Il testo ci ricorda che esistono e sono andate crescendo nell'ultimo ventennio le differenze nella distribuzione dei redditi dentro la pubblica amministrazione e si è creato per certi versi un fenomeno simile a quanto avvenuto nelle imprese private: a fronte di modesti se non irrisori miglioramenti salariali per gran parte dei dipendenti pubblici, sono corrisposti aumenti e guadagni spesso vertiginosi (almeno se comparati con quelli della maggioranza degli altri lavoratori nel pubblico) dei manager nel pubblico. Probabilmente i lettori di queste riflessioni si ricordano le parole dell'allora Ad delle Ferrovie italiane, Moretti, che nel marzo 2014 dichiarava come guadagnare circa 850 mila euro annui non era qualcosa di cui sorprendersi e lamentarsi e che molti manager pubblici italiani, lui compreso, avrebbero potuto decidere di andare via dall'Italia, in caso di tagli sensibili ai compensi.

Secondo insegnamento: benestanti (coloro che hanno un reddito che eccede di almeno 3 volte il reddito mediano della popolazione) e ricchi (coloro che hanno un reddito pari ad almeno 5 volte il reddito mediano della popolazione) in Italia rappresentano circa il 2,2% della popolazione (rispettivamente 1,9% benestante e 0,3% ricco) e possiedono, però, quasi il 13% dei redditi totali. Rispetto agli altri paesi europei la presenza di benestanti e ricchi è in Italia (leggermente) più bassa che altrove, tranne che in Germania (praticamente identica all'Italia) e Svezia (0,5%). Anche se i ricchi in Italia incidono di meno sul totale della popolazione, la quota di redditi da loro posseduti è fra le più alte in Europa occidentale, assieme a Francia e Regno Unito. I

ricchi in Italia sono molto spesso lavoratori autonomi (con un'incidenza non riscontrata in nessun altro grande paese occidentale), uomini, laureati, residenti nel (Centro-)Nord e, *ça vien sans dire*, non certo giovani (fra questi ultimi, se presenti, ci sono soprattutto personaggi dello sport e dello spettacolo).

Questi risultati sono molto interessanti sotto il profilo non solo dei risultati ma anche metodologico. Rimandando al testo per un approfondimento più puntuale su tale aspetto, è innegabile che uno dei pregi del volume è adottare metodologie e modalità di analisi che permettono di indagare in maniera articolata e puntuale sul mondo dei ricchi, finora largamente inesplorato nelle indagini statistiche e socio-economiche.

Terzo insegnamento: occorre preoccuparsi dei ricchi per varie ragioni, la prima delle quali è il loro potenziale impatto negativo in termini di mercato concorrenziale, quale meccanismo di funzionamento importante e virtuoso del sistema capitalistico. Andando contro all'assioma che la ricchezza derivante da redditi da lavoro sia sempre meritata in quanto si è formata in mercati, il libro dimostra come frequentemente (ma non sempre) i super-redditi oggi sono ottenuti violando una condizione essenziale della concorrenza: quella per la quale chi gode di un vantaggio debba poter essere «sfidato» da altri. Un intero capitolo del volume è dedicato a illustrare come la concorrenza nel capitalismo attuale sia concentrata soprattutto nei segmenti di lavoro più deboli, alla base, fino alle funzioni impiegate intermedie, mentre le posizioni di maggior vantaggio e più prestigiose tendano a essere maggiormente protette tramite una serie di meccanismi che nella sostanza limitano la concorrenza. Si possono, quindi, esprimere spesso seri dubbi sulla robustezza della relazione fra meritocrazia e capacità di accesso a redditi lavorativi particolarmente generosi.

Quarto insegnamento: l'idea che tutti, inclusi i meno abbienti, si avvantaggino dell'arricchimento dei più ricchi grazie ad un processo di distribuzione e di redistribuzione a cascata del benessere (il cosiddetto fenomeno del «*trickle down*»), non trova una convincente conferma nell'analisi dell'ampia letteratura sull'argomento che si è andata costruendo in questi anni a livello internazionale e che gli autori del volume ricostruiscono e presentano in maniera analiticamente molto puntuale. Per via di vari meccanismi, emergono numerose le ragioni per le quali il *trickle down* non appare sufficiente per raccomandare l'arricchimento dei più ricchi quale chiave dello sviluppo e della coesione sociale.

RPS

Emmanuele Pavolini

RPS

MOLTE BUONE RAGIONI PER (PRE)OCCUPARCI DEI RICCHI FRA MITI DA SFATARE E INTERESSANTI PROPOSTE

Quinto insegnamento: lo sviluppo di possibili politiche di contrasto delle disuguaglianze estreme non comporta una riduzione della libertà degli individui. Su un piano strettamente teorico, gli autori del volume riflettono sul concetto di libertà e su due aspetti fondamentali di tale concetto: il non esistere un'unica libertà naturale e indifferenziata; le libertà, fra cui quella di detenere risorse, sono inevitabilmente conflittuali. In particolare gli autori sottolineano come la libertà di una persona di detenere una data risorsa implichi la non libertà di un altro soggetto a detenere quella stessa risorsa e citano una famosa frase di Lincoln a tal proposito: il pastore che protegge la pecora dalle fauci del lupo, inevitabilmente, restringe la libertà del lupo di mangiare la pecora. Pertanto la relazione fra libertà (al plurale) e contrasto delle disuguaglianze si muove lungo un filo che è molto più complesso del semplice trade-off meno disuguaglianze/meno libertà.

Sesto insegnamento: se si vuole contrastare le crescenti disuguaglianze, occorre intervenire su tutti quei meccanismi che permettono l'accumulazione di super-redditi che non rispondono ai requisiti della concorrenza e del merito. Tali tipi di interventi debbono, però, secondo gli estensori del volume, andare al di là degli strumenti classici di intervento che sono stati spesso dibattuti fino a oggi. Come indicato nel testo, se l'obiettivo è evitare di intervenire indistintamente su tutti i super-ricchi, è necessario trovare la maniera per separare nelle remunerazioni la componente di rendita rispetto a quella dovuta allo sforzo o ad altre abilità. Ed è su quest'ultimo passaggio che si gioca, appunto, uno degli altri spunti preziosi del volume: la lotta alle disuguaglianze richiede ricette che vadano oltre quelle fondate sulla redistribuzione delle risorse, ma necessita anche di interventi che si orientino in due direzioni onde favorire: un più corretto funzionamento dei mercati; una governance d'impresa più adeguata. Se la presenza di una concorrenza limitata rappresenta un fattore cruciale alla base della concentrazione dei redditi, allora è necessario affrontare il tema delle disuguaglianze anche a partire dal più classico degli strumenti della teoria economica: una regolazione che salvaguardi la concorrenza. Tutto ciò va fatto tenendo presente, però, che favorire la concorrenza non ha come fine la deregolamentazione dei mercati, bensì, all'opposto, il renderli «contendibili» ed evitare rendite di posizione.

Anche la governance d'impresa è centrale, nell'ottica di incidere sui compensi crescenti ed esponenziali di amministratori delegati e manager. Piuttosto che fissare tetti per legge alle retribuzioni, andrebbero privilegiati strumenti quali, ad esempio, il rafforzamento della presen-

za di rappresentanti degli azionisti e dei lavoratori nei consigli di amministrazione.

Il tipo di ricerche sviluppate nel volume appaiono un punto di partenza per un programma di ricerca anche più ampio e ambizioso. In particolare tale programma di ricerca futura dovrebbe muoversi lungo due direzioni.

La prima è l'ulteriore elaborazione di materiale empirico a supporto delle tesi e delle analisi elaborate nel volume. Il libro, infatti, vede nel suo primo capitolo uno sforzo rilevante degli autori nella direzione di definire e di misurare empiricamente la presenza dei ricchi, mentre negli altri capitoli la riflessione si basa più sulla raccolta e sull'accorta rielaborazione di letteratura (in prevalenza internazionale e, in special modo, anglosassone) sui temi trattati, accompagnata da riflessioni più di stampo teorico. È auspicabile sviluppare ricerche empiriche quali quelle indicate e riportate nei vari capitoli del volume, successivi al primo.

La seconda direzione di ricerca richiede un allargamento dell'ottica di analisi e il coinvolgimento, accanto a economisti quali sono gli autori del libro, di studiosi di altre discipline nel campo delle scienze sociali. Quello che a parere di chi scrive manca del volume attuale è una ricostruzione per il caso italiano della *politics* dell'ascesa dei ricchi e dei super-ricchi. Occorrerebbe ricostruire puntualmente non solo quali politiche e, spesso, mix di singoli provvedimenti hanno permesso a partire dagli anni '90 un aumento dei ricchi e super-ricchi da redditi da lavoro in paesi quale il nostro, ma anche come si muovano politicamente (verso quali attori politici e partitici si orientano, come partecipano all'arena politica, ecc.).

Si tratta di un programma di ricerca ambizioso ma che merita attenzione visto che, come dimostrano gli autori del volume, dobbiamo (pre)occuparci dei ricchi.

RPS

Emmanuele Pavolini



## **APPROFONDIMENTI**



## La percezione della disuguaglianza in Europa tra riforma del welfare e crisi economica

**Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo**

*L'articolo analizza in una prospettiva diacronica e comparativa i cambiamenti nelle percezioni della disuguaglianza sociale tra i cittadini europei nel corso dell'ultimo ventennio. Lo studio si focalizza, in particolare, sul confronto tra cinque paesi appartenenti ai diversi sistemi di welfare: la Svezia per il modello socialdemocratico, la Germania per quello corporativo, il Regno Unito per quello liberale e, infine, la Spagna e l'Italia per il modello familistico. La base dati è costituita dalle indagini del programma International social*

*survey programm (Issp), realizzate sul tema delle disuguaglianze sociali nel 1992, 2002 e 2009. I risultati mettono in evidenza un aumento generalizzato dei sentimenti di disuguaglianza sociale tra i cittadini europei nel ventennio a cavallo del nuovo millennio. Tuttavia, emerge anche un ruolo importante dei diversi sistemi di welfare relativamente all'intensità con cui tali sentimenti sono aumentati, sottolineando quindi il ruolo fondamentale che tali modelli redistributivi rivestono, anche, nella formazione delle credenze individuali.*

RPS

### 1. Introduzione

L'obiettivo di questo contributo è analizzare il mutamento, nel ventennio a cavallo del nuovo millennio, rispetto al livello di disuguaglianza e di equità distributiva nelle percezioni individuali dei cittadini europei in alcuni Stati contraddistinti da differenti sistemi di welfare. L'idea di partenza è che le disuguaglianze socio-economiche, messe in evidenza da numerosi indicatori macro-strutturali negli ultimi anni, trovino corrispondenza anche nelle percezioni individuali dei cittadini europei e che tali sentimenti assumano intensità diversa, nei vari contesti nazionali, in conseguenza dei meccanismi di redistribuzione dei sistemi di welfare e dei processi di *ricalibratura* (Ferrera e al., 2000; Ferrera, 2007) e di *ridimensionamento* (Pierson, 2001) cui tali sistemi sono stati sottoposti negli ultimi due decenni.

Per controllare questa ipotesi generale analizzeremo, al netto di alcune variabili di controllo individuali e di alcuni indicatori macro-strutturali del ciclo economico, le variazioni nelle percezioni individuali delle disuguaglianze nella distribuzione del reddito dei cittadini di alcuni paesi

europei appartenenti a diversi sistemi di welfare: la Svezia per il sistema socialdemocratico, il Regno Unito per il modello liberale, la Germania per quello corporativo, l'Italia e la Spagna per quello familistico.

Lo studio è suddiviso in cinque parti. Nella prima è brevemente ricostruito il contesto analitico di riferimento focalizzando l'attenzione, soprattutto, sulla relazione tra sistemi di welfare e percezione delle diseguaglianze sociali. La seconda parte chiarisce gli obiettivi specifici e le ipotesi dello studio. La terza descrive i dati e il metodo utilizzati. La quarta illustra i risultati. Nelle conclusioni, infine, si sintetizzano i principali risultati emersi.

## 2. *Le diseguaglianze sociali tra riforma del welfare e crisi economica*

Il concludersi della crisi economica, negli ultimi anni, ha certamente contribuito ad accrescere l'interesse degli studiosi, ma anche il dibattito interno all'opinione pubblica, sui temi delle diseguaglianze sociali e, soprattutto, di quelle economiche. La relazione tra crisi economica e diseguaglianze sociali è stata, infatti, al centro di numerosi studi (tra gli altri Boeri, 2009; Brandolini, 2009; Gallino, 2011; Peet, 2011; Vaughan-Withehead, 2011) che hanno evidenziato, tuttavia, come la congiuntura economica negativa si sia innestata in uno scenario che già da diversi anni registrava, in tutti i paesi a economia di mercato, un aumento significativo delle diseguaglianze, in particolare quelle economiche, e una crescita dei rischi sociali per una parte sempre più ampia della popolazione. La letteratura sociologica si è occupata, già da tempo, di questo problema (Castel, 1995; Sennet, 1998; Beck, 2000). A essa si sono aggiunte, più recentemente, anche importanti evidenze empiriche derivanti da alcuni recenti rapporti di ricerca sulle diseguaglianze reddituali (Oecd, 2008, 2011; Ilo, 2008) le quali, pur rappresentando un indicatore parziale delle diseguaglianze economiche e ancor più di quelle sociali, assumono una rilevanza significativa nell'attuale fase storica proprio per l'impatto che la crisi ha avuto sui meccanismi di accesso alle risorse materiali. Con riferimento a questa dimensione, i risultati di questi studi convergono nel dimostrare un aumento generalizzato delle diseguaglianze in quasi tutti i paesi economicamente avanzati. Negli ultimi tre decenni il divario tra ricchi e poveri è aumentato oltre che nei paesi che già a metà degli anni '80 erano più diseguali degli altri (Stati Uniti, Italia, Regno Unito) anche nei paesi storicamente più attenti all'equità come i paesi scandinavi (Istat,

2012)<sup>1</sup>. Le variazioni relative all'indice di Gini, dalla fine degli anni '80 fino a oggi, mostrano un trend in crescita per 17 dei 22 paesi Ocse. I maggiori incrementi, cui è associata una crescita della diseguaglianza nella distribuzione delle risorse economiche, superiori al 4%, hanno riguardato gli Stati Uniti, la Finlandia, la Germania e la Svezia (Oecd, 2011). L'Italia, dove i livelli di diseguaglianza economica e sociale erano molto elevati già a metà anni '80, ha ulteriormente accentuato tale caratteristica (Franzini e Raitano, 2009; Brandolini, 2009; Franzini, 2010) facendo registrare un valore di questo indice pari a 0,34 e collocandosi, quindi, al secondo posto a livello europeo e al quinto tra i paesi Ocse (Oecd, 2011).

Le cause di questa divaricazione fra i redditi sono state spesso messe in relazione con il processo di *deregulation* dell'economia iniziato proprio durante gli anni '80 del secolo scorso (tra gli altri: Gallino 2009, 2011; Deaglio, 2010; Reich, 2011; Pianta, 2012). Secondo questa lettura le diseguaglianze hanno conosciuto una crescita generalizzata in conseguenza del ridimensionamento degli strumenti di regolazione sociale dei mercati, soprattutto di quello del lavoro, e del parallelo ridimensionamento dei meccanismi redistributivi operati dal welfare state. Le politiche sociali e i sistemi di welfare si sono dimostrati nel passato, infatti, strumenti fondamentali della gestione delle diseguaglianze (Bagnasco, 2010).

Dato per accertato, quindi, che gli indicatori macro-strutturali utilizzati in diversi studi convergono nel dimostrare una tendenza all'aumento delle diseguaglianze economiche nei paesi a economia di mercato negli ultimi decenni, resta da verificare se questi cambiamenti abbiano inciso anche sulle percezioni individuali della diseguaglianza. La letteratura che in passato si è occupata di questo tema ha, infatti, dimostrato come le dinamiche sottese a questi sentimenti siano piuttosto complesse e come non sempre la presenza di diseguaglianze misurate con parametri macro-sociali trovino riscontro diretto nelle percezioni individuali (Boudon, 2000). Questi sentimenti, come sostenuto da Runciman (1972), dipendono largamente dallo schema di riferimento all'interno del quale sono concepiti dagli individui. Il senti-

<sup>1</sup> Tra la metà degli anni '80 e la fine degli anni 2000 il reddito medio annuo nei paesi Ocse è cresciuto dell'1,4% per il decile più povero della popolazione e del 2,0% per il decile più ricco. Negli Stati Uniti la crescita è stata rispettivamente dello 0,5% e dell'1,9%, in Germania dello 0,1% e dell'1,6%, in Danimarca dello 0,7% e dell'1,5%, in Italia dello 0,2% e 1,1%.

mento di diseguaglianza deriva, secondo quest'autore, da una percezione di privazione relativa nei confronti di un gruppo di riferimento che nella sua accezione più ampia può essere costituito da un gruppo vero e proprio, da una persona o anche da un'idea astratta. Altri studi hanno poi dimostrato<sup>2</sup> come alla base della percezione individuale della diseguaglianza ci sia un confronto, con il gruppo di riferimento, che avviene sulla base di un principio di equità. Secondo la *teoria dell'equità* (Adams, 1965; Homans, 1974; Messick e Cook, 1983), infatti, il sentimento di diseguaglianza, all'interno di un gruppo, o più in generale nella società, si genera quando gli individui percepiscono un disequilibrio nella giusta distribuzione di costi e benefici all'interno dello scambio sociale (Gouldner, 1960; Greenberg, 1983). Quando i benefici ottenuti appaiono sproporzionati rispetto al contributo individuale, si genera un sentimento di diseguaglianza che può generare frustrazione e collera in chi si sente sotto-ricompensato e senso di colpa in chi si sente sovra-ricompensato (Adams, 1965). Da questa teoria numerose ricerche, anche recentemente, hanno analizzato le differenze transculturali nel modo in cui è concepita l'equità (Gergen e al., 1980; Mueller e Clarke, 1998; Morris e Leung, 2000; Bolino e Turnley, 2008). L'insieme dei risultati emersi in quest'ampia letteratura sottolinea come i sentimenti di diseguaglianza si generano in maniera differente all'interno delle diverse culture in conseguenza del diverso modo in cui è concepito il principio di equità. Semplificando i termini del dibattito, si può affermare che i significati che essa può assumere varino dall'equità intesa come differenziazione meritocratica, secondo cui ciascun individuo va ricompensato proporzionalmente a quanto ha corrisposto, ed è questa la concezione più vicina all'originale teoria dell'equità, a quella in cui ciascun individuo vada ricompensato in maniera indifferenziata rispetto agli altri secondo un principio, quindi, di eguaglianza (Sampson, 1975).

Come ha sottolineato Svallfors (1997) la ricerca sociale ha dedicato, generalmente, poca attenzione all'analisi del ruolo dei sistemi di welfare nella generazione dei sentimenti d'inequità e, quindi, di diseguaglianza sociale. Tuttavia, il ruolo di queste istituzioni sembra essere molto importante, almeno, per due ragioni. In primo luogo, i sistemi di welfare, intesi come istituzioni sociali che regolano i processi di al-

<sup>2</sup> Per una ricostruzione dettagliata della letteratura sulle percezioni delle diseguaglianze sociali si veda Carriero (2013).

locazione delle risorse nella società attraverso l'azione congiunta di Stato, mercato e reti sociali primarie (Esping-Andersen, 1990, 1999), rappresentano l'ambito in cui sono definite le regole del gioco della redistribuzione. La loro azione produce, quindi, precise aspettative nei confronti dei sistemi di ricompensa operanti nella società moderna.

In secondo luogo, come ampiamente analizzato negli studi sull'origine dei moderni sistemi di welfare, alla base delle differenze che caratterizzano i vari modelli, possono essere rintracciati altrettante concezioni, culturalmente determinate, del principio di equità (Kazepov e Carbone, 2007; Jakobsen, 2011, Sachweh e Olafsdottir, 2012). L'equità secondo principi meritocratici può essere ritenuta alla base della concezione redistributiva del sistema di welfare liberale dei paesi anglosassoni. In tale contesto, infatti, il meccanismo di allocazione delle risorse che privilegia l'azione del mercato, rispetto alle reti sociali primarie e allo Stato, sottintende una fiducia in questa istituzione in grado di premiare l'intraprendenza, la capacità e il merito individuale. Viceversa l'equità intesa come uguaglianza nell'accesso alle risorse, garantita soprattutto attraverso l'azione di demercificazione dello Stato (Esping-Andersen, 1990), rappresenta il principio alla base del sistema di welfare social-democratico e della cultura dei paesi scandinavi (Törnblom e al., 1985). Nel resto dei paesi dell'Europa continentale, i meccanismi redistributivi sottesi all'azione dei sistemi di welfare, sia in quello conservatore-corporativo sia in quello familistico, si sono basati, invece, su una concezione dell'equità in base al bisogno. Il riferimento nei processi di redistribuzione, a differenza degli altri modelli, non è il singolo individuo bensì il gruppo/corporazione di appartenenza (Arts e Gelissen, 2001). Questo principio si basa sull'idea di una società fortemente segmentata nella quale i bisogni e le risorse necessarie al loro soddisfacimento sono differenziati tra i diversi gruppi e corporazioni e in quanto tali vanno affrontati.

Da questo punto di vista, quindi, le differenze tra i vari sistemi di welfare rappresentano degli importanti indicatori nella comprensione dei sentimenti di disuguaglianza sociale in una prospettiva comparativa che è quella adottata in questo studio.

### *3. Obiettivi e ipotesi*

L'ipotesi generale da cui partiamo è che tanto i processi di ricalibratura del welfare state quanto gli effetti dei cicli economici, soprattutto

**RPS**

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo

negli ultimi anni, abbiano contribuito ad accrescere la sensazione di diseguaglianza nella nostra società. Riteniamo, infatti, che rispetto al passato questi due processi possano avere aumentato nel corso del tempo quella sensazione di privazione relativa delle risorse economiche. Ciò potrebbe essere avvenuto, da una parte, perché la crisi economica ha inciso direttamente, seppur in maniera differenziata, sulla quantità di risorse economiche disponibili nella nostra società. Dall'altra parte, però, la crescita delle percezioni di diseguaglianza potrebbe derivare anche dal progressivo *ridimensionamento* del welfare state negli ultimi tre decenni (Pierson, 2001) e della progressiva limitazione nell'accesso ad alcune risorse, materiali e simboliche, precedentemente garantite dai processi di redistribuzione. Ci aspettiamo, tuttavia, che questi cambiamenti risultino differenziati nei vari paesi in ragione delle diverse caratteristiche regolative dei sistemi di welfare e del diverso modo di concepire il principio di equità all'interno di tali sistemi.

Il controllo empirico di questa ipotesi passa, quindi, attraverso la necessaria considerazione che i paesi europei hanno avuto vicende economiche e istituzionali piuttosto differenti negli ultimi decenni e in particolare nell'ultimo ventennio. Anzitutto, l'alternanza fra momenti di crisi e periodi di espansione economica non ha investito allo stesso modo tutta l'Europa a causa dei differenti modelli di regolazione economica e dell'ineguale solidità ed elasticità dei sistemi economico-finanziari locali. In secondo luogo, sebbene non si possa negare una tendenza generalizzata al ridimensionamento del welfare state e una conseguente riconfigurazione degli equilibri interni ai sistemi di welfare in tutta l'Europa, sia il punto di partenza, sia le traiettorie seguite dai differenti modelli nazionali sono piuttosto variegate e, ancora oggi, altrettanto disomogenei risultano gli effettivi livelli di redistribuzione e di protezione sociale dei rischi.

#### 4. *Dati e metodo*

La principale fonte dati utilizzata in questo studio è costituita dalle indagini sul tema «social inequalities» realizzate nel 1992, nel 1999 e nel 2009<sup>3</sup> nell'ambito del programma Issp (International social survey

<sup>3</sup> Altri studi in passato hanno utilizzato questa fonte dati per indagare comparativamente le percezioni delle diseguaglianze sociali tra vari paesi (Svallfors 1993,

program)<sup>4</sup>. Considerando che questo programma di ricerca è caratterizzato da un elevato tasso di *turn-overing* fra i paesi membri nelle differenti rilevazioni, la scelta operativa è stata quella di confrontare un gruppo ristretto di paesi cercando di rappresentare, il più possibile, i principali sistemi di welfare europei. Per il modello corporativista è stata selezionata la Germania, per quello socialdemocratico la Svezia, per quello liberale il Regno Unito. Per il modello familistico dei paesi mediterranei non è stato possibile trovare alcun paese presente in tutte e tre le rilevazioni. Si è scelto, quindi, di includere la Spagna – presente nella rilevazione del 1999 e in quella del 2009 – e l'Italia che ha partecipato alla rilevazione del 1992 e a quella del 2009.

Coerentemente con gli obiettivi di questo studio, l'analisi riguarderà le credenze circa il livello di disuguaglianza dei redditi che è stata indagata, nelle tre rilevazioni Issp, con una domanda specifica nella quale si chiedeva agli intervistati di pronunciarsi lungo una scala di accordo (da molto in accordo a molto in disaccordo) sull'esistenza di un'eccessiva differenza di reddito fra le persone nel proprio paese<sup>5</sup>.

Per verificare l'andamento delle credenze individuali rispetto alle disuguaglianze nei differenti paesi europei abbiamo predisposto, anzitutto, un'analisi bivariata tra la variabile in esame e l'appartenenza degli intervistati ai contesti nazionali selezionati. Successivamente, abbiamo utilizzato un'analisi regressiva multinomiale per controllare le differenze nel tempo tra i vari modelli di welfare su tali credenze, al netto delle caratteristiche individuali degli intervistati e di alcuni fattori ambientali correlati con i sentimenti di disuguaglianza. La variabile dipendente del modello è stata ottenuta tramite un'apposita ricodifica del grado di accordo con il quesito proposto nelle indagini Issp<sup>6</sup>. Le variabili indipendenti esplicative del modello sono rappresentate dagli

1997; Forsè e Parodi, 2007). A differenza di questi studi che si sono basati su una singola rilevazione dell'indagine, in questo contributo adotteremo una prospettiva diacronica, utilizzando contemporaneamente le tre rilevazioni sul tema *social inequalities*.

<sup>4</sup> Dettagli sul programma sono reperibili presso il sito internet: [www.issp.org](http://www.issp.org).

<sup>5</sup> In tutte le rilevazioni Issp la domanda è stata posta nel medesimo modo anche se all'interno di batterie di domande in cui gli altri item sono cambiati nel tempo. Il testo della domanda è il seguente: «*To what extent do you agree or disagree with the following statements? Differences in income in your country are too large*».

<sup>6</sup> Le modalità «molto d'accordo» e «d'accordo» sono state confrontate con le altre opzioni di risposta riaggregate in un'unica modalità.

effetti di interazione tra il paese di residenza del rispondente, assunto come indicatore del modello di welfare, e l'anno di rilevazione, quale indicatore della congiuntura economico politica<sup>7</sup>.

Le variabili di controllo del modello sono di due tipi. Un primo tipo è costituito da indicatori macro-strutturali utili per ponderare l'effetto del ciclo economico di ogni singolo paese nel tempo. I regressori di questo tipo utilizzati nel modello sono: ammontare del prodotto interno lordo (Pil), tasso di occupazione, incidenza del lavoro temporaneo quale indicatore dell'incidenza di contratti a bassa garanzia di continuità salariale<sup>8</sup>, indice di Gini sulle diseguaglianze di reddito. Il secondo tipo di variabili di controllo riguardano, invece, alcune caratteristiche individuali dei rispondenti e sono: il genere, l'età ricodificata in classi decennali, la condizione di single o la convivenza con un coniuge partner, il titolo di studio<sup>9</sup>, la condizione occupazionale, il reddito individuale mensile<sup>10</sup>, l'autocollocazione politica ricodificata in un continuum di cinque posizioni da destra a sinistra<sup>11</sup> e infine il fatto di essere o essere stato in passato iscritto a un sindacato.

<sup>7</sup> Attraverso questa procedura sono state calcolate 12 variabili indipendenti esplicative. La variabile welfare familistico\*2009 è stata, poi, indicata come categoria di riferimento.

<sup>8</sup> Le informazioni sull'andamento del debito pubblico pro capite e il tasso di occupazione e il tasso di contratti a termine negli anni considerati rispetto ai singoli paesi sono state reperite sul sito ufficiale Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>), l'indice di Gini sulle diseguaglianze di reddito è stato invece reperito sul sito di Oecd (<http://stats.oecd.org>) selezionando la versione *after taxation* per i periodi *around 1990*, *around 2000*, *late 2000*.

<sup>9</sup> Reso omogeneo fra i paesi con opportune ricodifiche e articolato in titoli di scuole primarie, secondarie di primo grado, secondarie e secondo grado e terziarie.

<sup>10</sup> Il reddito individuale è stato trattato normalizzando gli indicatori dei differenti paesi in un unico modello metrico compreso fra 0 e 1 sulla base dei decili della distribuzione di frequenza.

<sup>11</sup> Nelle rilevazioni 1999 e 2009 la domanda sull'autocollocazione politica si articolava in 7 categorie, mentre in quella del 1992 in sole cinque. Abbiamo allora deciso di ricodificare unendo in un'unica categoria centrale le tre categorie delle scale utilizzate nel 1999 e nel 2009 ottenendo così una graduazione a cinque livelli. Si tratta ovviamente di una semplificazione che potrebbe indurre alcune distorsioni che riteniamo accettabili poiché si tratta di una variabile di controllo.

## 5. Risultati

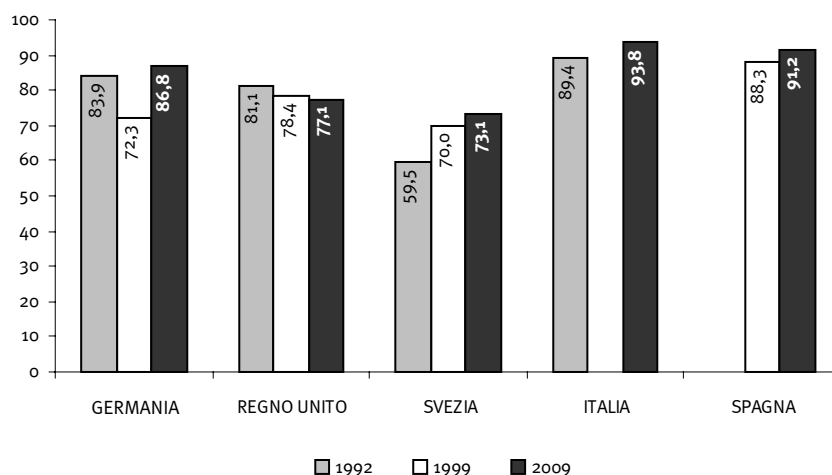
Un primo sguardo all'andamento delle percezioni sulle disuguaglianze di reddito nel periodo compreso tra l'inizio degli anni novanta e la fine degli anni zero, mostra una crescita generale di questo sentimento (figura 1). La percentuale di coloro che percepiscono un elevato grado di disuguaglianza nella rilevazione del 2009 risulta, infatti, quasi sempre più elevata di coloro che avevano la stessa percezione circa venti anni prima. Tuttavia l'andamento del fenomeno non appare omogeneo tra i vari paesi. I dati riferiti al Regno Unito, ad esempio, risultano in controtendenza rispetto agli altri contesti, mostrando una riduzione delle percezioni sull'esistenza delle disuguaglianze nel corso degli anni '90 e una sostanziale stabilità nel primo decennio del nuovo millennio. Questa specificità del caso inglese è già emersa in altri studi ed è stata interpretata come una sorta di «fatalismo di mercato» (Scase, 1974; Lane, 1986; Svallfros 1993, 1997) che contraddistingue la cultura di questo paese rispetto alle disuguaglianze di reddito. Secondo questa lettura la percezione della disuguaglianza risulterebbe contenuta, anche di fronte a evidenti fenomeni di diseguale distribuzione, nel momento in cui si ritiene che sia stato garantito il libero accesso al mercato ritenuto, comunque, come un efficace meccanismo di allocazione delle risorse. A tale spiegazione potremmo aggiungere che i processi di ridimensionamento del welfare nel Regno Unito sono stati implementati in anticipo rispetto agli altri paesi europei già nel corso degli anni '80. Di conseguenza è ipotizzabile che le conseguenze di questo processo sul piano delle percezioni delle disuguaglianze fossero state già ampiamente assorbite a distanza di oltre un ventennio.

In Germania coloro che credono che nel proprio paese ci siano elevate disuguaglianze economiche diminuiscono di quasi il 10% fra le prime due rilevazioni mentre nel corso della rilevazione coincidente con l'inizio della crisi economica la loro percentuale aumenta in maniera significativa. Tale dato può essere letto da un duplice punto di vista. Da una parte l'evoluzione del fenomeno in esame sembra seguire chiaramente l'andamento del ciclo economico. Era piuttosto elevato all'inizio degli anni '90 in coincidenza con la precedente crisi economica che ha caratterizzato l'economia europea. È successivamente diminuito in coincidenza con il periodo di crescita economica alla fine degli anni '90 ed è infine aumentato nuovamente in coincidenza della recente congiuntura economica negativa.

RPS

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo

*Grafico 1 - Intervistati che credono che nel proprio paese le differenze economiche siano elevate (modalità d'accordo + molto d'accordo). Valori percentuali per paese e anno dell'indagine Issp*



Fonte: elaborazione a cura degli autori su dati Issp 1992, 1999 e 2009.

Dall'altra parte però il fenomeno va letto anche alla luce della storia sociale e politica di questo paese negli ultimi venti anni. È ipotizzabile infatti che la diffusa credenza dell'esistenza di forti diseguaglianze economiche all'inizio degli anni '90 sia stato determinato, almeno in parte, dal processo di riunificazione politica della «due Germanie» in seguito al quale si sono ritrovati nello stesso paese cittadini con livelli di ricchezza molto diversi. La diminuzione del numero di coloro che avevano questa percezione alla fine degli anni '90 può essere letto, quindi, come l'indicatore di un'efficace processo di integrazione sociale ed economica tra le due aree del paese in quel decennio. Un'integrazione che però sembrerebbe mostrare dei limiti alla luce delle tensioni provocate dalla nuova crisi economica.

La situazione della Svezia è in parte simile e in parte diversa rispetto a quella dell'Italia e della Spagna. La somiglianza si rileva nel fatto che le percezioni di forti diseguaglianze di reddito è cresciuta in maniera costante nel corso degli ultimi decenni. Tale dato risulta coerente con altri dati a livello macro-strutturale che, come abbiamo visto in precedenza (cfr. par. 1), testimoniano una crescita delle diseguaglianze economiche in questo paese così come in tutti quelli che la letteratura classifica, generalmente, all'interno del sistema di welfare socialdemo-

cratico. Nonostante questa tendenza però, ed è questo l'aspetto di differenza rispetto agli altri contesti, la Svezia è ancora oggi il paese in cui la diffusione delle percezioni di un elevato grado di disuguaglianze reddituali rimane più bassa rispetto agli altri paesi considerati.

Tale convinzione è, invece, maggiormente diffusa nei paesi del sistema di welfare familistico. In Italia nel 2009 il 93% degli intervistati ritengono che la distribuzione del reddito sia troppo ineguale e tra questi ben il 66% si dichiara molto in accordo con tale affermazione. Anche in Spagna le percentuali di coloro che ritengono troppo ampia le disuguaglianze di reddito è significativamente elevata e in crescita tra le ultime due rilevazioni.

Stando a questa prima ricostruzione si potrebbe dire che i cambiamenti che hanno caratterizzato il recente passato della storia europea siano stati accompagnati, con la sola eccezione del Regno Unito, da una crescita delle percezioni della disuguaglianza. L'analisi fin qui condotta ha però mostrato come questi cambiamenti siano avvenuti con andamenti e intensità diverse, sottolineando, di fatto, come le diverse vicende nazionali abbiano giocato, comunque, un ruolo significativo in questo processo.

Per verificare ulteriormente questo risultato è però necessario procedere attraverso un approccio multidimensionale che garantisca il confronto tra i vari paesi al netto di alcune specificità dei singoli Stati e delle caratteristiche degli intervistati nel corso delle indagini Issp. A tal fine, come detto, è stato calcolato un modello regressivo ponendo quale variabile dipendente il grado di accordo con l'item proposto e quale fattore esplicativo l'interazione tra il tipo di modello di welfare al quale si è esposti, come cittadini di differenti paesi, e il periodo in cui è stata effettuata la rilevazione. Per leggere in maniera più immediata i risultati di questo modello, abbiamo riportato in tabella 1 soltanto il valore esponenziale dei parametri regressivi delle variabili esplicative<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> I parametri esponenziali possono variare da 0 a  $\infty$  dove 1 rappresenta la situazione di equiprobabilità con la categoria di controllo (Pisati, 2003). Questi parametri esponenziali possono essere letti come odds ratios logaritmici. Se ad esempio la probabilità dei cittadini tedeschi di indicare un determinato grado di accordo con l'item fosse uguale a quella dei cittadini spagnoli e italiani (indicati come categoria di controllo) il valore dell'odd ratio logaritmico sarebbe 1. Un valore corrispondente a 0,5 nel medesimo parametro indicherebbe che i cittadini tedeschi hanno la metà delle probabilità dei cittadini italiani di indicare quel determinato grado di accordo. Se invece il parametro fosse uguale a 2 potremmo dire che i cittadini tedeschi hanno il doppio delle probabilità di indicare quello specifico grado di accordo. La tavola completa del modello viene riportata in Appendice.

*Tabella 1 - Modello di regressione multinomiale sul grado di accordo con l'item «Nel mio paese le differenze di reddito sono troppo grandi». Parametri esponenziali (log odd-ratios) rispetto agli effetti puri delle due variabili esplicative e gradi di significatività del parametro B corrispondente*

|                                            | D'accordo   | Molto d'accordo |
|--------------------------------------------|-------------|-----------------|
| Modello familistico * Rilevazione 09       | <i>rif.</i> | <i>rif.</i>     |
| Modello familistico * Rilevazione 99       | .848        | 1.104           |
| Modello familistico * Rilevazione 92       | .792*       | .451*           |
| Modello liberale * Rilevazione 09          | .158**      | .346**          |
| Modello liberale * Rilevazione 99          | .218**      | .179**          |
| Modello liberale * Rilevazione 92          | .348**      | .521*           |
| Modello socialdemocratico * Rilevazione 09 | .417**      | .175**          |
| Modello socialdemocratico * Rilevazione 99 | .457**      | .332**          |
| Modello socialdemocratico * Rilevazione 92 | .315**      | .281*           |
| Modello corporativo * Rilevazione 09       | .377**      | .855*           |
| Modello corporativo * Rilevazione 99       | .250**      | .378**          |
| Modello corporativo * Rilevazione 92       | .262**      | .502*           |

*Fonte:* elaborazione a cura degli autori su dati Issp 1992, 1999 e 2009.

Come si può osservare, si è deciso di porre quale categoria di riferimento gli appartenenti al modello di welfare familistico, quindi i cittadini italiani o spagnoli, intervistati nella rilevazione del 2009. Questi soggetti, come si è visto in precedenza, sono in assoluto quelli che mostrano la maggiore convinzione che la divaricazione tra i redditi nei loro paesi sia troppo grande e quindi rappresentano un ottimo termine di paragone con le opinioni degli altri.

In una prospettiva diacronica vediamo cosa è successo alle percezioni di disegualianza all'interno dei vari sistemi di welfare, iniziando con il modello familistico. Nel 1992 gli italiani intervistati risultavano significativamente meno inclini a riconoscere un elevato grado di disegualianza. La probabilità di segnalare il massimo accordo all'inizio degli anni '90 risulta, infatti, circa la metà di quella registrata nel 2009, mentre quella relativa al grado di accordo più moderato risultava inferiore di circa un quinto. Nel confronto fra la rilevazione del 1999 e quella del 2009, invece, non si registrano parametri significativi per nessuno dei due gradi di accordo. Dobbiamo, però, ricordare che nella rilevazione 1999 erano coinvolti solo i cittadini spagnoli e dunque potremmo ascrivere questi risultati a effetti distorsivi. Tuttavia, anche conducendo la stessa analisi separando i due paesi, confrontando cioè gli italiani del 1992 con quelli del 2009, e gli spagnoli del 1999

con quelli del 2009, i risultati non cambiano. I dati sembrerebbero, allora, indicare, che almeno per l'Italia, i cambiamenti del livello di protezione offerto dal welfare potrebbe essere associato a una significativa crescita del senso di iniquità almeno nel confronto fra la prima e l'ultima rilevazione. Purtroppo l'impossibilità di depurare con certezza l'eterogeneità riconducibile alla presenza di due paesi differenti non ci consente di spingere oltre le nostre interpretazioni.

Analizzando in termini relativi la distanza dalla categoria di riferimento è possibile, tuttavia, valutare i cambiamenti anche all'interno degli altri sistemi. Nella rilevazione 1992 i cittadini inglesi hanno circa metà delle probabilità nette di segnalare moderato accordo con l'item proposto rispetto alla categoria di controllo, mentre nella rilevazione del 1999 ne hanno circa un quinto e circa un sesto nel 2009. Ne deriva che la probabilità di segnalare una moderata percezione di ineguaglianza decresce stabilmente nel tempo, soprattutto nel primo decennio e poi si stabilizza, nel secondo. Dall'altra parte, le probabilità dei rispondenti inglesi di segnalare massimo accordo è un po' più ondivaga nel tempo: corrisponde a circa la metà della categoria di controllo nel 1992, diminuisce a circa un sesto nel 1999, e cresce di nuovo a circa un terzo nel 2009. Questo ultimo risultato è piuttosto interessante perché sottolinea un'inversione di tendenza, che non era emersa nell'analisi bivariata, anche in tale contesto, contraddistinta da una crescita del sentimento più elevato della percezione di diseguaglianza.

Fra i cittadini svedesi si può evidenziare, invece, una progressiva diminuzione della percezione più acuta di diseguaglianza lungo le tre rilevazioni, da un terzo nel 1992 a un sesto nel 2009 rispetto alla categoria di controllo, mentre sembra rimanere, tutto sommato, stabile (con una probabilità netta fra un terzo e la metà della categoria di controllo) l'incidenza del grado di accordo moderato. All'interno del modello svedese, quindi, a parità di tutte le altre condizioni macroeconomiche e delle caratteristiche individuali dei rispondenti possiamo evidenziare una riduzione complessiva della percezione di iniquità del sistema di redistribuzione del reddito. Questo dato è particolarmente significativo perché mostra che scontando gli effetti congiunturali e quelli individuali le tendenze emerse nell'analisi bivariata per il modello svedese, che faceva registrare una crescita progressiva del senso di ineguaglianza, risultano del tutto rovesciate.

Al contrario le tendenze emerse nell'analisi bivariata per il modello tedesco ricevono alcune conferme nel modello regressivo. I cittadini tedeschi, nella rilevazione del 2009 si mostrano molto più preoccupati

RPS

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo

di quanto non lo fossero in passato. Nell'ultima rilevazione risultano, infatti, molto meno distanti dalle percezioni di italiani e spagnoli. In particolare in questo paese è aumentata significativamente nel tempo la probabilità di massimo accordo (nella rilevazione 2009 la probabilità netta è solo il 15% in meno di italiani e spagnoli nella stessa rilevazione, mentre nel 1999 e nel 1992 si attestava intorno alla metà). Rimane invece piuttosto bassa la probabilità di un moderato grado di accordo, che si attesta a circa un terzo della categoria di riferimento in tutte e tre le rilevazioni. In sintesi, quindi, anche nel modello corporativo, così come emerso nel caso inglese, si può affermare che, al netto delle differenze strutturali, si registra un aumento dell'incidenza di coloro che segnalano una percezione di iniquità più acuta, ma non di quella più moderata.

## 6. Conclusioni

Questo contributo ha riguardato il cambiamento nelle percezioni della disegualianza sociale tra i cittadini di alcuni paesi europei nel corso degli ultimi due decenni. L'analisi ha seguito un approccio comparativo centrato sulle differenze tra i vari sistemi di welfare, partendo dall'idea che tali differenze rappresentino dei validi indicatori delle diverse concezioni del principio di equità sociale (Svallfors, 1993, 1997) cui si lega, in buona parte, il processo generativo delle percezioni di disegualianza sociale.

Seguendo la nostra ipotesi di partenza ci aspettavamo di osservare un aumento generalizzato, seppure con intensità diverse, del sentimento di disegualianza tra i cittadini europei nel corso degli ultimi due decenni. Anche se la letteratura tradizionale sulle disegualianze sociali ha dimostrato in passato come tali sentimenti si generano più facilmente in situazione di crescita e benessere economico e sociale (Runciman, 1972; Boudon, 2000), si è ritenuto plausibile che gli effetti della crisi economica e il processo di ridimensionamento del welfare state, avvenuto nel corso degli ultimi decenni in Europa, poteva avere inciso anche sulla generazione di un sentimento di privazione relativa rispetto alle generazioni precedenti con conseguente crescita della percezione di disegualianza.

I risultati emersi nello studio sembrerebbero andare nella direzione ipotizzata. In primo luogo, in linea con un'ampia letteratura che da diversi anni sottolinea la crescita delle disegualianze di reddito misurate attraverso indicatori macro-sociali, l'analisi descrittiva bivariata ha

mostrato che anche le credenze individuali si muovono nella stessa direzione. L'unico paese che non mostra una tendenza crescente nella diffusione del sentimento di ineguaglianza è il Regno Unito. Tale contesto sembrerebbe, quindi, ancora oggi distinguersi per una differenza culturale nel modo di concepire il principio di equità tra i propri cittadini, già evidenziato in passato in altri studi, e del tutto coerente con l'impianto redistributivo del proprio sistema di welfare centrato su un'equità di tipo meritocratico.

Tuttavia, per verificare meglio la presenza di una relazione significativa fra le traiettorie evolutive dei modelli di welfare e gli andamenti nelle credenze sulle diseguaglianze, al netto di tendenze macrostrutturali, delle caratteristiche culturali e politiche dei diversi paesi e dell'eterogeneità individuale dei rispondenti, è stato necessario utilizzare un modello regressivo. I risultati di questa operazione hanno confermato l'esistenza di una disuguaglianza significativa nelle credenze rispetto alla distribuzione dei redditi riconducibile, a parità di tutte le altre condizioni, alle differenze di performance dei modelli di welfare.

Attraverso l'analisi regressiva non solo risulta corroborata la nostra ipotesi circa la presenza di una relazione fra le traiettorie dei modelli di welfare e i sentimenti di iniquità diffusi, ma possono essere evidenziate differenze sistematiche fra i sistemi che maggiormente hanno imboccato la strada del ridimensionamento e quelli che hanno mantenuto nel tempo un livello stabilmente più alto di protezione sociale. I sistemi più egualitari e redistributivi, come quello svedese, sono ancora oggi, al netto di tutti gli altri fattori presi in considerazione, associati a una minore incidenza delle credenze sull'esistenza di forti disequilibri delle risorse materiali a disposizione degli individui. Viceversa nei paesi in cui gli indicatori macro-sociali mostrano un livello di protezione sociale più basso e soprattutto una minore efficacia delle misure di protezione dai rischi, l'incidenza dei sentimenti di iniquità è in continuo aumento fino a delineare una curva di saturazione del malcontento sociale (Italia e Spagna).

Sottolineando l'importanza della relazione fra modelli di welfare e percezione della diseguaglianza, i risultati di questo studio evidenziano come la persistenza di traiettorie molto eterogenee nella costruzione di politiche di protezione sociale in Europa porti, non solo alla persistenza di differenti diritti redistributivi, ma anche al permanere di differenze rilevanti nel modo in cui i cittadini percepiscono l'efficacia dell'azione redistributiva da parte delle istituzioni pubbliche e, di conseguenza, il grado di fiducia nei loro confronti.

RPS

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo

### Riferimenti bibliografici

- Adams J.S., 1965, *Inequity in social exchange*, in Berkowitz L. a cura di, *Advances in experimental social psychology*, Academic Press, New York, pp. 267-299.
- Arts W. e Gelissen J., 2001, *Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter?*, «Acta Sociologica», vol. 44, n. 4, pp. 283-299.
- Bagnasco A., 2010, *Le basi sociali della regolazione*, «Stato e Mercato», n. 88, pp. 3-32.
- Beck U., 2000, *Il lavoro nell'epoca della fine del lavoro. Tramonto delle sicurezze e nuovo impegno civile*, Einaudi, Torino.
- Boeri T., 2009, *La crisi non è uguale per tutti*, Rizzoli, Milano.
- Bolino M.C. e Turnley W.H., 2008, *Old Faces, New Places: Equity Theory in Cross Cultural Contexts*, «Journal of Organizational Behaviour», n. 29, pp. 29-50.
- Boudon R., 2000, *The Origin of Values: Sociology and Philosophy of Beliefs*, Transaction Publishers, New Brunswick.
- Brandolini A., 2009, *L'evoluzione recente della distribuzione del reddito in Italia*, in Brandolini A., Saraceno C., Schizzerotto A. a cura di, *Dimensioni delle disuguaglianza in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Carriero R., 2013, *Gli atteggiamenti verso le disuguaglianze di reddito in Italia: il ruolo di interesse personale e orientamento politico*, «Stato e Mercato», n. 97, pp. 129-164.
- Castel R., 1995, *Les Métamorphoses de la Question Sociale*, Fayard, Parigi.
- Deaglio M. a cura di, 2010, *La ripresa, il coraggio e la paura. XV Rapporto annuale sull'economia globale e l'Italia*, Guerini, Milano.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Forsé M. e Parodi M., 2007, *Perception des Inégalités Economiques et Sentiment de Justice Sociale*, «Revue de l'Ofce», vol. 3, n. 102, pp. 483-540.
- Ferrera M., Hemerick A. e Rhodes M., 2000, *Recasting European Welfare State for the 21 Century*, «European Review», vol. 3, n. 8, pp. 257-282.
- Ferrera M., 2007, *Trent'anni dopo. Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, «Stato e Mercato», n. 81, pp. 341-375.
- Franzini M., 2010, *Ricchi e poveri. L'Italia delle disuguaglianze (in)accettabili*, Egea-Università Bocconi Editore, Milano.
- Franzini M. e Raitano M., 2009, *Diseguaglianze economiche. Tendenze, meccanismi e politiche*, disponibile all'indirizzo internet: [www.nens.it](http://www.nens.it).
- Gallino L., 2009, *Con i soldi degli altri. Il capitalismo per procura contro l'economia*, Einaudi, Torino.
- Gallino L., 2011, *Finanzacapitalismo. La civiltà del denaro in crisi*, Einaudi, Torino.
- Gergen K.J., Morse S.J. e Gergen M.M., 1980, *Behavior Exchange in a Cross-Cultural Perspective*, in Triandis H.C. e Brislin R.W., *Handbook of Cross-Cultural Psychology*, Allyn & Bacon, Boston, MA, pp. 121-153.
- Gouldner A.W., 1960, *A Norm of Reciprocity: a Preliminary Statement*, «American Sociological Review», n. 25, pp. 161-178.

- Greenberg J., 1983, *Equity and Equality as Clues to the Relationship between Exchange Participants*, «European Journal of Social Psychology», n. 13, pp. 195-196.
- Homans G.C., 1974, *Social behaviour in its Elementary Forms*, Free Press, New York.
- Jakobsen T. G., 2011, *Welfare Attitudes and Social Expenditure: Do Regimes Shape Public Opinion?*, «Social Indicators Research», vol. 101, n. 3, pp. 323-340.
- Kazepov Y. e Carbone D., 2007, *Cos'è il welfare state*, Carocci, Roma.
- Ilo, 2008, *Income Inequalities in the Age of Financial Globalization*, World of Work Report, Ginevra.
- Istat, 2012, *Occupati e disoccupati*, Novembre 2011, Statistiche flash, n. 5, Roma.
- Lane R.E., 1986, *Market Justice, Political Justice*, «American Political Science Review», vol. 80, n. 2, pp. 383-402.
- Messick D. e Cook K., 1983, *Equity theory: psychological and sociological perspectives*, Praeger, New York.
- Mueller S.L. e Clarke L.D., 1998, *Political-Economic Context and Sensitivity to Equity: Differences Between The United States and the Transition Economies of Central and Eastern Europe*, «Academy of Management Journal», vol. 41, n. 3, pp. 319-329.
- Morris M.W., e Leung K., 2000, *Justice for All? Progress on Cultural Variation in the Psychology of Distributive and Procedural Justice*, «Applied Psychology: an International Review», n. 49, pp. 100-132.
- Oecd, 2008, *Growing unequal? Income distribution in Oecd countries*, Parigi.
- Oecd, 2011, *Growing income inequality in Oecd countries. What drives and how can policy tackle it?*, Parigi.
- Peet R., 2011, *Inequality, crisis and austerity in financial capitalism*, «Cambridge Journal of Regions Economy and Society», 1, pp. 1-17.
- Pianta M., 2012, *Nove su dieci. Perché siamo (quasi) tutti peggio di 10 anni fa*, Laterza, Bari.
- Pierson P., 2001, *Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in Affluent Democracies*, in Pierson P. a cura di, *The new Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, pp. 410-456.
- Pisati M., 2003, *L'analisi dei dati. Tecniche quantitative per le scienze sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Reich R.B., 2011, *Aftershock. Il futuro dell'economia dopo la crisi*, Fazi Editore, Roma.
- Runciman W.C., 1972, *Ineguaglianza e coscienza sociale. l'idea di giustizia sociale nelle classi lavoratrici*, Einaudi, Torino.
- Sachweh P. e Olafsdottir S., 2012, *The Welfare State and Equality? Stratification Realities and Aspirations in Three Welfare Regimes*, «European Sociological Review», vol. 28, n. 28, pp. 149-168.
- Sampson E.E., 1975, *On Justice as Equality*, «Journal of Social Issues», n. 31, pp. 45-64.
- Sennet R., 1998, *The corrosion of character. The personal consequences of work in new capitalism*, Norton, New York.
- Scase R., 1974, *Relative Deprivation: A Comparison of English and Swedish Manual Workers*, in Wedderburn D. a cura di, *Poverty Inequality and Class Structure*, Cambridge University Press, Londra.

RPS

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo

- Svallfors S., 1993, *Dimesions of Inequlity. A Comparison of Attitudes in Sweden and Britain*, «European Sociological Review», vol. 9, n. 3, pp. 267-286.
- Svallfors S., 1997, *Worlds of Welfare and Attitudes to Redistribution: A Comparison of Eight Western Nation*, «European Sociological Review», vol. 13, n. 3, pp. 283-304.
- Törnblom K.Y., Jonsson D. e Foa U.G., 1985, *Nationality, Resource Class and Preferences among three allocation rules: Sweden vs. Usa*, «International Journal of Intercultural Relations», vol. 9, pp. 51-77.
- Vaughan-Withehead, D., 2011, *Inequality before and after crisis: what lesson for social Europe?*, in Moreau M-A. a cura di, *Before and after the economic crisis. What implications for the European social model?*, Elgar, Cheltenham.

## Appendice

Tabella 2 - Modello di regressione multinomiale con effetti di interazione delle variabili esplicative sul grado di accordo con l'item «Nel mio paese le differenze di reddito sono troppo grandi»

|                                                                      | B      | e.s. | Sig. | Exp<br>(B) | B      | e.s. | Sig. | Exp<br>(B) |
|----------------------------------------------------------------------|--------|------|------|------------|--------|------|------|------------|
| Intercetta                                                           | 2.210  | .367 | .000 |            | -.026  | .392 | .948 |            |
| Modello corporativo * Ril.92                                         | -1.339 | .309 | .000 | .262       | -.690  | .333 | .038 | .502       |
| Modello socialdemocratico * Ril.92                                   | -1.155 | .272 | .000 | .315       | -.611  | .349 | .041 | .281       |
| Modello liberale * Ril.92                                            | -1.055 | .286 | .000 | .348       | -.651  | .309 | .035 | .521       |
| Modello familistico * Ril.92                                         | -.233  | .032 | .042 | .792       | -.797  | .344 | .020 | .451       |
| Modello corporativo * Ril.99                                         | -1.387 | .227 | .000 | .250       | -.972  | .243 | .000 | .378       |
| Modello socialdemocratico * Ril.99                                   | -.783  | .169 | .000 | .457       | -1.102 | .178 | .000 | .332       |
| Modello liberale * Ril.99                                            | -1.525 | .147 | .000 | .218       | -1.722 | .155 | .000 | .179       |
| Modello familistico * Ril.99                                         | -.165  | .192 | .390 | .848       | .099   | .202 | .624 | 1.104      |
| Modello corporativo * Ril.09                                         | -.976  | .153 | .000 | .377       | -.157  | .059 | .033 | .855       |
| Modello socialdemocratico * Ril.09                                   | -.875  | .131 | .000 | .417       | -1.743 | .140 | .000 | .175       |
| Modello liberale * Ril.09                                            | -1.844 | .176 | .000 | .158       | -1.061 | .185 | .000 | .346       |
| Modello familistico * Ril.09                                         | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Reddito mensile individuale                                          | -.017  | .124 | .892 | .983       | .105   | .133 | .429 | 1.111      |
| Uomo                                                                 | -.235  | .055 | .000 | .791       | -.279  | .059 | .000 | .757       |
| Donna                                                                | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Istruzione primaria                                                  | .387   | .111 | .000 | 1.473      | .708   | .117 | .000 | 2.029      |
| Istruzione secondaria di primo grado                                 | .473   | .084 | .000 | 1.604      | .597   | .091 | .000 | 1.817      |
| Istruzione secondaria di secondo grado                               | .160   | .083 | .054 | 1.174      | .154   | .091 | .089 | 1.166      |
| Istruzione terziaria                                                 | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Iscrizione corrente o passata al sindacato                           | .367   | .086 | .000 | 1.444      | .588   | .092 | .000 | 1.800      |
| Mai iscritto a un sindacato                                          | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Lavoratore autonomo                                                  | -.710  | .180 | .000 | .491       | -.726  | .199 | .000 | .484       |
| Lavoratore non autonomo                                              | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Non vive con un partner                                              | .104   | .060 | .081 | 1.110      | .145   | .063 | .022 | 1.156      |
| Vive con un partner                                                  | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Non occupato                                                         | -.096  | .068 | .155 | .908       | .015   | .072 | .838 | 1.015      |
| Occupato                                                             | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| fino a 25 anni                                                       | -.150  | .117 | .198 | .861       | -.219  | .126 | .082 | .804       |
| 25-29 anni                                                           | -.189  | .102 | .064 | .828       | -.074  | .109 | .494 | .928       |
| 30-39 anni                                                           | -.112  | .100 | .262 | .894       | .022   | .106 | .837 | 1.022      |
| 40-49 anni                                                           | -.019  | .101 | .848 | .981       | .091   | .107 | .395 | 1.095      |
| 50-59 anni                                                           | -.029  | .099 | .770 | .971       | .135   | .104 | .195 | 1.144      |
| oltre 59 anni                                                        | 0      |      |      | 0          |        |      |      |            |
| Pil (anno della rilevazione)                                         | -.010  | .003 | .000 | .990       | .016   | .003 | .000 | 1.016      |
| Tasso di occupazione<br>(anno della rilevazione)                     | -.002  | .007 | .821 | .998       | -.023  | .008 | .003 | .977       |
| Incidenza lavoratori a tempo<br>determinato (anno della rilevazione) | .023   | .019 | .228 | 1.023      | -.017  | .021 | .416 | .983       |
| Valore dell'indice di Gini sui redditi<br>(anno della rilevazione)   | .003   | .016 | .871 | 1.003      | -.061  | .018 | .001 | .941       |

RPS

Domenico Carbone e Flavio Antonio Ceravolo



## Misurazione e condizione dei lavoratori occupati in lavori usuranti

**Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana**

*L'articolo discute in che modo la recente legge sui lavori usuranti ha definito qual è la platea di lavoratori cui si rivolge e quali sono le modalità e i requisiti con cui consente il pensionamento anticipato. Propone inoltre una valutazione del suo grado di copertura, ovvero di quanti lavoratori in mansioni usuranti*

*potranno usufruire del beneficio. Ne emerge una legge che mal recepisce il più recente dibattito sul concetto di usura e le evidenze disponibili sulle relazioni tra lavoro, salute e aspettative di vita, e che intercetta in modo imperfetto la platea di lavoratori cui essa stessa vuole rivolgere la tutela.*

RPS

### 1. Introduzione

«Signor Parvulesco, qual è la sua più grande aspirazione nella vita?»  
 «Divenire immortale, e poi... morire»  
*Fino all'ultimo respiro, 1960*

La tutela della vecchiaia è uno dei concetti fondativi del sistema previdenziale (art. 38 Cost.). Fino all'introduzione della legge sui lavori usuranti, la normativa ha interpretato questa tutela facendo riferimento principalmente alla vecchiaia anagrafica, scegliendo per i requisiti di accesso alla pensione delle soglie di età differenti solo per genere o gestione pensionistica. Per quel che riguarda il calcolo della pensione, inoltre, la normativa si basava principalmente – oltre che sull'età anagrafica – sugli anni e l'entità della contribuzione lavorativa. Individui di pari età e pari contribuzione, quindi, dal punto di vista previdenziale erano sostanzialmente equivalenti tra loro.

La vecchiaia anagrafica però non corrisponde necessariamente alla vecchiaia biologica, che può essere differente tra individui di pari età: è questo l'orizzonte concettuale richiesto parlando di lavori usuranti. Il passaggio fondamentale sta nel riconoscere che il lavoro non è uguale per tutti, e che un sistema che miri a una efficace tutela della vecchiaia non può limitarsi a contare asetticamente età e contributi versati, ma, per così dire, deve «guardar dentro» la carriera lavorativa delle persone. Sta nel riconoscere, in altre parole, che esistono lavori

che creano nel tempo differenze nella capacità di lavoro e differenziali di aspettative di vita dei quali il sistema previdenziale deve farsi carico, garantendo a tutti il diritto a una condizione di riposo con una pensione adeguata e in uno stato di salute soddisfacente.

Nel sistema previdenziale italiano un primo passo in questa direzione è stata l'istituzione dell'anticipo pensionistico per alcune categorie di lavoro tramite il d.lgs. 67/2011, che ha concluso un altalenante dibattito durato quasi venti anni. L'innovazione sostanziale sta proprio nell'aver introdotto una differenza oggettiva fra lavoratori basata sull'aver svolto mansioni che il legislatore ha riconosciuto provocare un invecchiamento accelerato rispetto ai normali processi fisiologici.

L'obiettivo di questo articolo è innanzitutto quello di discutere quanto la legge, al di là dell'innovazione che gli va riconosciuta, è stata capace di interpretare il quadro concettuale e di evidenze fornito dalla letteratura scientifica sull'argomento. Da questo punto di vista, oltre al riferimento fornito dalla medicina legale nella definizione del concetto di usura, guarderemo alla più ampia letteratura epidemiologica che ha studiato i determinanti sociali e professionali dei differenziali nelle aspettative di vita.

Come vedremo, uno dei punti critici della legge riguarda la formulazione dei requisiti per l'accesso all'anticipo pensionistico. Su questo, l'articolo propone un contributo empirico volto a stimare quanto è rilevante la quota di lavoratori coperti dalla legge tra quelli che hanno svolto durante la propria carriera lavori usuranti, e quanti invece ne rimangono esclusi.

## 2. Il concetto di usura tra letteratura e normativa

L'usura da lavoro è una nozione mutuata dalla valutazione dell'invalidità pensionistica (De Zorzi, 1996; Vicinelli, 1998; Paone, 1998; Ricci, 2000; Olivelli, 2008). La distinzione fondante del concetto è tra usura fisiologica, associata all'invecchiamento naturale in una normale attività lavorativa, e patologica, con cui si indica invece una usura più rapida (criterio cronologico-temporale) e/o di entità maggiore rispetto alla norma (criterio quantitativo). Su questo secondo concetto si concentrano in particolare l'azione legislativa e l'attenzione medico legale (Inserra, 1984; De Zorzi, 1996; Vicinelli, 1998; Fucci, 2000; Ricci, 2000; Valdini e Galli, 2008; Macchiarelli e al., 2008).

Bisogna distinguere inoltre l'usura, cioè il danno biologico attuale, dal

lavoro usurante, che è causa di danno biologico futuro (Fucci, 2000). Mentre il giudizio di lavoro usurante è essenzialmente prognostico, l'usura richiede un giudizio (diagnostico) su di un danno che, per essere comprovato, deve partire da una precisa menomazione riferita all'attività lavorativa svolta a distanza di tempo, oltre il normale deterioramento fisiologico. È intorno a queste distinzioni che nel dibattito medico si sono poste principalmente due questioni: la prima è di misura, e riguarda la difficoltà nello stabilire il superamento della soglia di usura fisiologica avendo a disposizione precisi termini quantitativi. La seconda è che un lavoro non può dirsi usurante di per sé, ma deve sempre fare riferimento al soggetto considerato (Macchiarelli e al., 2008; Buzzi, 2008; Fucci, 2000; Ricci, 2000), nonché a fattori esterni di rischio, propri ad esempio dello stile di vita dell'individuo, che possono concorrere ad accelerare l'usura (Giammanco, 1984).

Come individuare allora lavorazioni usuranti andando al di là della diagnosi su un singolo lavoratore? Il primo approccio seguito dal legislatore ha per così dire recepito le difficoltà discusse dalla letteratura. Già nel 1992 infatti, la legge 421, oltre a disegnare una prima ipotesi di funzionamento per l'anticipo pensionistico, istituiva una Commissione tecnico-scientifica al fine di approfondire proprio le problematiche sottese all'identificazione delle attività usuranti. E grazie ai lavori della Commissione che si giunge, con il d.lgs. 374/93, a enucleare un insieme di criteri da seguire per identificare le condizioni di usura, nonché a una prima lista di attività particolarmente usuranti, e all'interno di queste, con il d.m. 1999, di mansioni caratterizzate da una «maggiore gravità» dell'usura.

Un appunto di ordine generale che è stato mosso a questa lista riguarda la sua poca apertura alle patologie legate a mansioni che comportano un alto grado di carico mentale, di responsabilità e di stress (Guardabasso e Lo Menzo, 1984; Marziano, 1984; Grieco, 1994; Brugiavini e al., 2007). Queste considerazioni di merito, purtroppo, si sono presto scontrate con la scelta – di metodo – di chiudere di fatto i lavori della Commissione, che dopo la legge 247/2007 non è stata più convocata. Questa scelta ha posto sostanzialmente il solo criterio negoziale fra le parti sociali come parametro per l'identificazione delle mansioni, causando di fatto un «congelamento» della lista.

Un altro aspetto critico, anch'esso emerso più nello sviluppo dell'iter legislativo che nella sua impostazione originale, riguarda la definizione dello sconto pensionistico. Dalla letteratura medico legale si trae che l'usura è un processo progressivo e costante di esaurimento delle fun-

RPS

Roberto Leonbruni, Michele Mosca e Dario Fontana

zioni organiche, che può comportare anche soglie di non ritorno fino a cagionare una menomazione permanente che compromette la capacità di lavoro (Inserra, 1984; De Zorzi, 1996). La definizione inizialmente adottata con la legge 421/92 era vicina a tale visione, prevedendo uno sconto per l'età pensionabile di due mesi per ogni anno in attività particolarmente usuranti, fino a un limite di 60 mesi. Questo sconto progressivo, proporzionale all'effettiva esposizione al rischio, è stato successivamente mutato in un anticipo fisso di 3 anni (legge 247/2007) e infine nel 2011 a una tabella fissa di età in uscita agganciata automaticamente agli incrementi legati alla speranza di vita, portando quindi a uno sconto del tutto indipendentemente dalla durata dell'esposizione.

### 2.1. Usura e prevenzione

Già nell'ambito del dibattito medico legale sono state sollevate obiezioni anche a proposito di come la legge si raffronta con il concetto di prevenzione (Grieco, 1994; Paone, 1998). Dal punto di vista giurisprudenziale, il fatto di aver inserito il carattere di «non possibile prevenzione» dei fattori usuranti ripara la legge dall'infrazione del Testo unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro. Tale testo infatti centralizza sulla prevenzione di qualsiasi evento che comporti un rischio per il lavoratore, pena la persecuzione penale e/o civile del datore di lavoro. Può bastare questo a dirimere di per sé il rapporto con la prevenzione?

La prima considerazione da fare è che delimitare il confine della «non possibile prevenzione» è una questione, oltre che problematica, mutevole nel tempo, per la costante evoluzione tecnologica e organizzativa della produzione e per le stesse innovazioni in tema di tutela della salute e sicurezza del lavoro (Paone, 1998). Il problema non si pone sulla salvaguardia per le carriere lavorative già purtroppo compromesse, ma, di nuovo, sulla possibilità di mantenere aggiornati i criteri e le tabelle che definiscono le mansioni usuranti.

Più in generale, è stato correttamente notato che un approccio organico all'usura da lavoro dovrebbe prevedere, accanto al binario previdenziale, azioni che guardino anche ad altre politiche (Malaspina, 1998; Vicinelli, 1998). La questione va al di là degli scopi di questo studio, ma, limitandoci a un elenco minimo di temi, è da citare in primo luogo quello dei tempi di recupero: un adeguato tempo di recupero e quindi di non esposizione «a lungo e in modo continuativo» alla mansione (Inserra, 1984) non dovrebbe permettere di incorrere in «me-

nomazioni», a meno che non si superino delle soglie patologiche. I tempi di recupero entrano quindi nella definizione stessa di usura, ponendosi così esattamente al confine tra l'ambito della prevenzione e quello della normativa previdenziale. Una misura minima, che va al di là del tema specifico sui tempi di recupero e andrebbe nella direzione di riconoscere l'incertezza di questo confine, sarebbe l'allargamento dell'obbligo della sorveglianza sanitaria permanente per le mansioni usuranti definite dalla legge (Cella, 2008).

Vi sono poi aspetti organizzativi e legati alle politiche attive del lavoro, che vanno dalla *work ability/age management*, alla riqualificazione dei lavoratori anziani, alla ricollocazione e alla mobilità fra lavori diversi. L'*age management* in particolare, che guarda alla gestione del lavoro rimodulandola in base al corso della vita e delle risorse, è quella che fronteggia le sfide forse maggiori, per mantenere ai più anziani le capacità di lavoro in un contesto di progressivo incremento delle soglie di età pensionabile (Ilmarinen, 2012). Ma sono anche altri i cambiamenti di ordine prettamente organizzativo, riguardo l'esposizione alla mansione, che gli attuali modelli di produzione potrebbero già facilitare: come la riduzione dei tempi o dei carichi e dei ritmi lavorativi. Il passaggio culturale è che la cura di questi aspetti non dà un costo senza ritorno per le imprese e la collettività: come già argomentato da Kuhn (1998), i costi legati al mantenimento di condizioni di lavoro usuranti sono anch'essi di portata non indifferente in termini di costi di produzione e di welfare.

## 2.2. Differenze sociali di salute e aspettative di vita

Se il fuoco dell'intervento del legislatore e della letteratura medico legale, che abbiamo sopra rivisto rapidamente, si è incentrato principalmente sulle differenze nella capacità di lavoro che si creano per l'esposizione all'usura, il tema più ampio delle differenze di salute e in particolare nelle aspettative di vita è stato oggetto di maggiore attenzione da parte della letteratura epidemiologica.

L'esistenza di disuguaglianze di salute è patrimonio della comunità scientifica sin dall'Ottocento. L'acquisizione più recente è che tra le molteplici cause che contribuiscono a spiegare queste differenze i cosiddetti determinanti sociali sono tra le principali: disuguaglianze nel possesso di risorse materiali e culturali, caratteristiche sociali del lavoro svolto, capacità di controllo dell'ambiente di lavoro, vincoli posti dall'attività lavorativa allo svolgimento di attività sociali e ricreative e

RPS

Roberto Leonbruni, Michele Mosca e Dario Fontana

alla struttura delle relazioni sociali che essa promuove (Siegrist e Marmot, 2004).

Se negli studi specifici legati alla mortalità per singole cause la professione ha il solo ruolo di identificare una specifica mansione, dal punto di vista delle disuguaglianze di salute la professione si inquadra nel contesto più ampio di classe sociale, come indicatore di essa. Sono ormai molti gli studi dedicati all'argomento, che dimostrano una differenza di aspettative di vita tra individui di diversa professione e posizione sociale in molti paesi europei e negli Stati Uniti (Sauli, 1979; Fox e Goldblatt, 1982; Desplanques, 1991; Valkonen e al., 1993, 1997; Von Gaudecker e Scholz, 2006; Singh e Siahpush, 2006; Bajekal e al., 2007). Anche in Italia questi differenziali sono stati documentati da lungo tempo, con differenze registrate nella speranza di vita che arrivano fino a quattro anni tra le professioni ai due estremi della scala sociale (Costa e Cadum, 1998; Costa e al., 2005; Leombruni e al., 2010; Costa e al., 2013).

Un primo aspetto rilevante ai nostri fini riguarda i coefficienti di trasformazione utilizzati per il calcolo della pensione, attualmente funzione soltanto dell'età anagrafica. Una formula uguale per tutti, che non tiene conto dei differenziali nelle aspettative di vita, implica che le persone provenienti da carriere o gruppi sociali più svantaggiati (più avvantaggiati) fruiranno del beneficio pensionistico per un numero di anni inferiore (superiore) alla media, producendo una sorta di redistribuzione al contrario (Leombruni e Mosca, 2014). Nel caso delle persone che hanno avuto una carriera usurante, lo «sconto» sull'età pensionabile rischia di accompagnarsi a una sistematica penalizzazione attuariale che pone evidenti questioni di equità distributiva.

Il secondo aspetto riguarda l'incremento nell'età pensionabile. Per illustrare questo punto consideriamo un esempio. Immaginiamo che vi sia un differenziale nell'aspettativa di vita tra gruppi sociali di due anni e che il sistema pensionistico recepisca questa differenza, concedendo al gruppo più svantaggiato uno sconto di due anni nell'età pensionabile. Immaginiamo, quindi, che si preveda un incremento dell'aspettativa di vita di tre anni, grazie a miglioramenti nelle cure e nel sistema sanitario. Poiché questi sono accessibili a tutti, non si prevedono variazioni nei differenziali tra gruppi. Si potrebbe allora incrementare l'età pensionabile di tre anni per tutti: in questo modo è mantenuto un anticipo di due anni per il gruppo svantaggiato, che continuerebbe a essere compensato per la diversa aspettativa di vita. Ma per gli individui impiegati in lavori usuranti, questo comporte-

rebbe in realtà un incremento nell'esposizione ai fattori di rischio di due anni.

L'esempio serve per sottolineare che, oltre alle questioni di equità citate sopra, l'adeguamento automatico delle tabelle di uscita alla speranza di vita rischia di confliggere con gli obiettivi stessi della legge, minandone la logica. Il rischio è di perdere di vista il concetto stesso di usura da lavoro: avere una speranza di vita maggiore non significa avere la possibilità di lavorare per più anni in condizioni usuranti, e un meccanismo quale quello previsto finisce per aumentare automaticamente l'esposizione agli stessi rischi da cui la legge vorrebbe proteggere.

### 3. I «requisiti oggettivi» della legge: uno studio empirico

In questo paragrafo si vuole indagare quali siano gli effetti di selezione dei requisiti per l'accesso al beneficio. La platea che prendiamo in esame è quella dei lavoratori addetti a lavorazioni in linea catena – unica mansione identificabile in modo soddisfacente nei dati a nostra disposizione – andati in pensione nel periodo 1999-2004. La banca dati utilizzata è il Whip (*Work histories italian panel*), che è un campione, costruito a partire dai dati amministrativi dell'Inps, di individui osservati dall'ingresso nel mercato del lavoro sino al pensionamento, in una finestra temporale che va dal 1985 al 2004<sup>1</sup>.

Nell'archivio non è direttamente disponibile l'informazione sulla mansione svolta, ma per il caso specifico dei lavoratori in linea catena è possibile una loro identificazione probabilistica, sfruttando varie informazioni relative al contratto di lavoro in capo all'individuo. La *ratio* della imputazione probabilistica è che sono solo alcuni i livelli di inquadramento che per legge è possibile utilizzare per inquadrare i lavoratori addetti alla catena. Sono stati quindi individuati, per ogni contratto, quali sono i livelli compatibili con l'organizzazione delle linee catena, e – poiché nello stesso livello sono inquadrabili anche lavoratori di altra mansione – per ogni livello e settore è stata stimata la percentuale dei lavoratori effettivamente occupati in linea catena, secondo una metodologia già utilizzata in una valutazione richiesta dal legislatore per stimare la spesa complessiva prevista nei primi anni di funzionamento della legge 183/2010 (Leombruni e Mundo, 2007).

<sup>1</sup> Per ulteriori informazioni si rinvia all'indirizzo internet: <http://www.laboratoriorevelli.it/whip>.

La metodologia è stata replicata a livello individuale: si è proceduto, per ogni individuo e per ogni episodio lavorativo con caratteristiche compatibili alla linea catena (operaio, impresa medio-grande, settore e livello di inquadramento compatibile), alla sua assegnazione oppure no alla linea catena in base a estrazioni casuali utilizzando le percentuali di cui sopra. L'assegnazione alla linea catena viene effettuata nel primo anno disponibile, e permane sino a quando non vi sia un cambiamento di lavoro o di inquadramento che non prevede mansioni di linea catena.

Il passo seguente dell'esercizio riguarda l'individuazione del momento in cui i lavoratori diventano eleggibili per la pensione. Applicando la normativa previdenziale vigente all'epoca, abbiamo individuato come popolazione in studio i lavoratori che diventano eleggibili alla pensione tra il 1999 e il 2004 e che abbiano lavorato in linea catena almeno una settimana nei dieci anni precedenti all'eleggibilità. Per ognuno di questi si è poi verificato se, nei tre anni precedenti all'età di pensione, avrebbe potuto anticipare il pensionamento se fosse stata in vigore la normativa corrente; ovvero si è verificato se avesse o meno lavorato in mansioni usuranti almeno 7 anni degli ultimi 10 compreso l'ultimo anno<sup>2</sup>.

Più in dettaglio, per ogni lavoratore abbiamo considerato tre momenti in cui accedere all'anticipo pensionistico: se  $t$  è il momento in cui diventa eleggibile per la pensione, verifichiamo in  $t-3$  se può accedere allo sconto di tre anni, oppure, se così non è, se può beneficiare di uno sconto parziale in  $t-2$  e  $t-13$ . Quanto risulta nei tre anni può essere sintetizzato classificando i lavoratori in ordine decrescente di copertura della legge:

- se in almeno uno dei tre anni può accedere al beneficio, il lavoratore è classificato con «può accedere»;
- se in almeno uno dei tre anni:
  - manca solo il requisito di aver svolto l'ultimo anno, è classificato come «manca ultimo anno».

<sup>2</sup> La legge non precisa cosa si intenda con «l'aver lavorato dentro l'arco temporale dell'ultimo anno». A fronte di questa lacuna, abbiamo utilizzato il criterio meno restrittivo di avere almeno una settimana di contribuzione da lavoro usurante.

<sup>3</sup> Abbiamo considerato un possibile sconto di soli 3 anni, e non i 5 dell'attuale legge, per via della notevole differenza nei requisiti di età per il pensionamento tra la popolazione presa in considerazione (fino al 2004) e quella di partenza della legge attuale (2012).

– manca solo il requisito dei 7 anni su 10, è classificato come «senza 7 su 10».

- se non soddisfa mai entrambi i requisiti, è classificato come «mancano entrambi i requisiti».

Dall'esercizio risulta che tra i lavoratori che hanno svolto almeno una settimana in linea catena nell'ultimo decennio il 41% avrebbe avuto i requisiti per l'anticipo della pensione (prima parte della tabella 1). Il principale motivo di esclusione riguarda le persone che non possiedono mai entrambi i requisiti (il 31%), ma è importante anche la quota di chi non avrebbe avuto il beneficio per il requisito dell'ultimo anno.

Ovviamente la selezione da cui siamo partiti (aver lavorato almeno una settimana) è molto ampia. Restringendo l'attenzione a quanti invece hanno speso una parte significativa della carriera in linea catena – scegliendo come soglia l'aver lavorato 5 anni negli ultimi 10 – la percentuale di persone che avrebbero avuto lo sconto sale al 63% (seconda parte della tabella 1). Guardando al quasi 40% che invece non avrebbe avuto accesso, si scopre come sia il requisito dell'ultimo anno il maggiormente escludente (26%).

*Tabella 1 – Accesso allo «sconto da lavoro usurante»*

| Possiede i requisiti per usufruire dei benefici pensionistici da lavoro usurante?                     | N. obs | Distr. %        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|
| <i>Tra i lavoratori che hanno lavorato in linea catena almeno una settimana negli ultimi 10 anni:</i> |        |                 |
| Possiede i requisiti                                                                                  | 532    | 41% (39% - 44%) |
| Senza ultimo anno                                                                                     | 217    | 17% (15% - 19%) |
| Senza «7 su 10»                                                                                       | 136    | 11% (9% - 12%)  |
| Senza entrambi i requisiti                                                                            | 402    | 31% (29% - 34%) |
| Totale                                                                                                | 1.287  |                 |
| <i>Tra i lavoratori che son stati in linea catena almeno 5 anni negli ultimi 10:</i>                  |        |                 |
| Possiede i requisiti                                                                                  | 532    | 63% (59% - 66%) |
| Senza ultimo anno                                                                                     | 217    | 26% (23% - 28%) |
| Senza «7 su 10»                                                                                       | 55     | 6% (5% - 8%)    |
| Senza entrambi i requisiti                                                                            | 45     | 5% (4% - 7%)    |
| Totale                                                                                                | 849    |                 |

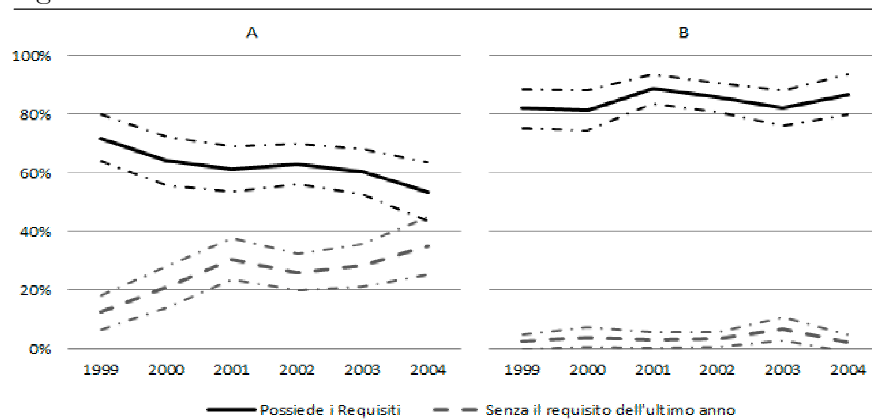
*Note:* i dati fanno riferimento alle coorti di eleggibili alla pensione del 1999-2004. In parentesi sono riportati gli intervalli di confidenza al 95%.

In figura 1 (panel A) riportiamo gli esiti della simulazione anno per anno, dal quale emerge che alla fine del periodo considerato la quota degli esclusi per non aver speso l'ultimo anno in mansioni usuranti arriva a rappresentare ben un terzo di tutti i lavoratori.

RPS

Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana

Figura 1 - Serie storica accesso «sconto da lavoro usurante»



Note: il grafico fa riferimento alla selezione sui lavoratori che hanno lavorato in catena almeno 5 anni negli ultimi 10. Nell'asse orizzontale sono riportate le coorti di eleggibili alla pensione. Vincolo dell'ultimo anno: panel A simulazione con vincolo su ultimo anno di carriera; panel B simulazione con vincolo su ultimo anno effettivamente lavorato. Linee tratteggiate sottili: 95%.

L'imposizione di un requisito così stringente può avere una sua *ratio* nel caso di individui che a fine carriera sono occupati in mansioni non usuranti, magari proprio a seguito di una politica aziendale di *age management*. L'anticipo della pensione in questo caso rischierebbe di tradursi in un disincentivo all'invecchiamento attivo, proprio per una platea per la quale questo andrebbe invece incentivato. Il non-disincentivo però non dovrebbe trasformarsi in una penalizzazione: l'essersi ricollocati dopo una carriera svolta in attività usuranti non significa che la menomazione da queste prodotta non sia già pervenuta, e con essa la penalizzazione attuariale legata alla minor aspettativa di vita.

Sfugge invece interamente quale possa essere la *ratio* della norma nel caso di lavoratori correntemente disoccupati. Si ponga il caso di un lavoratore che ha svolto l'intera carriera in linea catena, che a quattro anni dall'età pensionabile lo lasci perché non più in grado di reggere quel tipo di impegno. Immaginiamo che le uniche opportunità di lavoro che gli si aprono siano ancora in mansioni usuranti: si ritroverebbe nella difficile scelta di dover accettare un altro anno in mansione usurante, pur di accedere al requisito, o di dover aspettare quattro anni per la pensione. In questo caso l'incentivo – un po' paradossale per una legge sul lavoro usurante – è quello a proseguire in un'attività che l'individuo non è più in grado di reggere.

A un'analisi più approfondita in realtà, la situazione più tipica negli anni studiati è quella di lavoratori che, provenendo da mansioni usuranti, sono stati messi in mobilità. In una seconda simulazione abbiamo provato a rilassare il vincolo andando a verificare il requisito nell'ultimo anno effettivamente lavorato. La quota di coloro senza il requisito scende al 4%, stabile nel tempo, e la quota di eleggibili sale all'85% (figura 1, panel B).

Nel caso presentato, quindi, gli individui esclusi dall'anticipo in realtà «scivolano» alla pensione grazie alla indennità di mobilità, istituto che finiva per essere un succedaneo rispetto all'anticipo per lavoro usurante. Va considerato però che con l'arrivo a regime dell'Aspi (Assicurazione sociale per l'impiego) un anticipo di tre anni o addirittura più lungo non sarà più possibile; e la possibilità di escludere dal beneficio lavoratori con un percorso in cui a fine carriera vi sono frequenti o lunghi episodi di disoccupazione senza una copertura previdenziale saranno in futuro sicuramente maggiori.

#### 4. Conclusioni

L'usura risulta ancora oggi un concetto in via di definizione, e in costante mutazione a causa dei cambiamenti sia nelle capacità di prevenzione e cura, sia nella struttura produttiva nei suoi aspetti tecnologici e organizzativi. Questo porta già a una prima considerazione di metodo: a fronte di un concetto in costante trasformazione, il legislatore dovrebbe mantenere attivo, tutelandone l'autonomia, il lavoro di una Commissione tecnico-scientifica, che inizialmente è stata effettivamente costituita ma che ha visto il suo ruolo ridimensionarsi nel tempo. Questo lavoro è indispensabile anche per mantenere uno degli elementi fondamentali della legge, quale la tabella contenente le mansioni considerate usuranti, che necessita di essere costantemente monitorata e aggiornata: nel tempo alcune mansioni potrebbero uscirne, altre essere inserite. Perché vi sono categorie escluse pur essendo riconosciute caratteristiche di usura e di premorienza simili a quelle incluse (ad esempio il lavoro edile oppure la categoria dei gruisti già sperimentata dalla Commissione)? Perché altre lavorazioni sono state escluse ma facevano parte dell'elenco dalla legge 374/1993? Il problema che si vuole sottolineare è quello della mancanza di una solida direzione nelle scelte negoziali, che permetta scelte basate sull'evidenza empirica e non il semplice frutto del rapporto di forza concertativo.

RPS

Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana

Entrando nel merito della legge, le perplessità maggiori emergono su come, in particolare a partire dal 2007, son stati disegnati i requisiti per l'anticipo della pensione, con criteri tanto stretti da vanificare lo spirito stesso della legge.

La prima criticità riguarda la questione del miglioramento delle aspettative di vita, che hanno portato a un graduale innalzamento dell'età pensionabile. Se le aspettative di vita aumentano – ad esempio – di due anni, questo non vuol dire che una persona possa sostenere una mansione usurante per due anni in più. Inizialmente il legislatore aveva previsto un criterio proporzionale, con un anticipo dell'età pensionabile via via maggiore al crescere dell'esposizione alla mansione usurante. Seppure in modo imperfetto, questo meccanismo garantiva uno «sconto» via via maggiore al prolungarsi della carriera lavorativa. Questo principio scompare del tutto con l'approdo a una tabella fissa (la «tabella B» della legge 247/2007), aggiornata automaticamente agli incrementi legati alla speranza di vita. Come se con essa, appunto, aumentassero automaticamente anche le possibilità di sostenere mansioni usuranti. Con l'aggravante, nel caso dei requisiti previsti dalla tabella, di legare la possibilità dell'anticipo anche all'anzianità contributiva complessiva, considerando quindi (di nuovo senza nessuna base medica) diversamente usurati due lavoratori con la stessa esposizione a una mansione usurante, ma un'anzianità diversa nel resto della carriera. Con una logica tanto strettamente previdenziale da far sospettare che siano prevalse più considerazioni di natura finanziaria – di contenimento della spesa – che una concreta volontà di regolare la materia.

La seconda criticità riguarda il disegno dei requisiti. Verificare, su un campione rappresentativo di individui andati in pensione tra il 1999 e il 2004, che quasi il 40% di coloro che nell'arco di dieci anni erano stati esposti alla linea catena per 5 anni o più non avrebbe usufruito del beneficio è di per sé un punto di partenza a dir poco preoccupante. L'analisi ha rivelato come il punto critico sia l'imposizione del requisito sull'ultimo anno di lavoro in mansione usurante. Ovviamente, il risultato della simulazione non può essere immediatamente traslato al presente: il campione considerato si presentava alla pensione con un'età inferiore rispetto a quanto accade oggi. Ma come detto il requisito stringente è quello di essere impiegati in una mansione usurante negli anni appena precedenti al pensionamento, e questa possibilità ci possiamo solo aspettare che decresca con l'età anagrafica. I risultati della simulazione quindi è più probabile che siano una sottostima che

una sovrastima dei difetti di copertura portati da un requisito così disegnato.

Il requisito ha certamente un suo significato nel non disincentivare situazioni virtuose, in cui un lavoratore ha la possibilità di transitare, magari grazie a politiche aziendali di *age management*, da una mansione usurante a una senza rischi di usura; se pure con un distinguo discusso sopra. Risulta però empiricamente che la maggior parte dei lavoratori che non soddisfa il requisito non era ricollocato in modo virtuoso, ma semplicemente disoccupato nelle età prossime al pensionamento: una «modalità» di transizione alla pensione particolarmente frequente in Italia (Contini e Leombruni, 2006). E se negli anni presi in considerazione era l'indennità di mobilità a fornire nei fatti un anticipo al pensionamento, con l'Aspi anche questo succedaneo non c'è più.

Il punto è che se si ammette che l'esposizione a mansioni usuranti porta a una ridotta capacità di lavoro, e che la ridotta capacità implica una ovvia, minore occupabilità dell'individuo, si giunge al paradosso che maggiore è l'esposizione a mansioni usuranti maggiore è la probabilità che un individuo rimanga scoperto dalla legge, semplicemente perché presentandosi disoccupato all'età di pensione la norma attuale lo esclude. Fuori di paradosso, non tutte le categorie lavorative possono sostenere una permanenza prolungata sul posto di lavoro, specialmente quando questo è pensato per una popolazione giovane in grado di mantenere determinati ritmi, carichi di lavoro, ma anche dotata di diverse attitudini e propensioni (Costa e Grieco, 2000). Bisogna porre accanto al problema dell'usura anche quello della «compatibilità lavorativa» di alcune mansioni in relazione a un'età avanzata, che comportano una inadattabilità a un lavoro con relative difficoltà fisiche e psichiche per chi le continua a compiere per lungo tempo.

Da questo punto di vista, la sola legge sui lavori usuranti va ritenuta insufficiente a dare una risposta al problema. Bisognerebbe assumere la sua *ratio legis* per mutuarla nel quadro più ampio della normativa previdenziale e della sicurezza sul lavoro, nelle politiche di promozione di buone prassi organizzative e nelle politiche di welfare. Una legge isolata – per di più afflitta dai problemi di disegno evidenziati – rimane quasi necessariamente ancorata a una logica di semplice compensazione di storie lavorative meno fortunate. Mentre una società moderna ha la possibilità e il dovere di affrontare più alla radice tali problematiche, non considerando l'esposizione a condizioni usuranti un «rischio accettabile» sul lavoro, quanto una questione cardine nelle relazioni tra lavoro e salute e nella promozione dell'invecchiamento attivo.

RPS

Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana

### Riferimenti bibliografici

- Bajekal M., Rasulo D. e Yar M., 2007, *Inequalities in health expectancies in England and Wales, small area analysis from the 2001 Census*, «Health Statistics Quarterly», n. 34, p. 22.
- Brugiavini A., Canello J. e Marchiante S., 2007, *Il lavoro usurante nel sistema previdenziale italiano: spunti per una proposta di individuazione su base empirica*, «Note di lavoro Dse», Università «Ca' Foscari», n. 10, Venezia.
- Buzzi F., 2008, *L'usura nella sua accezione e fruibilità in campo medicolegale*, in Valdini M. e Galli T. a cura di, *L'attività usurante in responsabilità civile*, Giuffrè, Milano.
- Cella M.T., 2008, *La prevenzione*, in Valdini M. e Galli T. a cura di, *L'attività usurante in responsabilità civile*, Giuffrè, Milano.
- Contini B. e Leombruni R., 2006, *From work to retirement: a tale of bumpy routes*, «Review of Political Economy», vol. 18, n. 3, p. 359.
- Costa G. e Cadum E., 1998, *Lavori usuranti: problemi di identificazione, misura e valutazione degli effetti sulla salute*, «L'Assistenza sociale», n. 2, p. 53.
- Costa G. e Grieco A., 2000, *Atti del seminario: invecchiamento e lavoro*, «La Medicina del Lavoro», n. 91, p. 275.
- Costa G., Mamo C. e Bena A., 2005, *Differenze nella salute tra le professioni. Spunti epidemiologici per le politiche del lavoro e della previdenza*, «La Medicina del Lavoro», n. 96, suppl. Italia.
- Costa G., Zengarini N., Demaria M., d'Errico A. e Leombruni R., 2013, *Lavoro e aspettative di vita*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 1-2, p. 113.
- Desplanques G., 1991, *L'évolution des disparités de mortalité suivant le milieu social*, relazione presentata alla European Population Conference, Parigi.
- De Zorzi L., 1996, *Le problematiche dell'usura e del lavoro usurante tra passato e futuro*, «Rassegna di medicina legale previdenziale», n. 1, p. 3.
- Fox A.J. e Goldblatt P.O., 1982, *Socio demographic mortality differentials: Longitudinal study 1971/'75*, HmsO, series LS, n. 1.
- Fucci P., 2000, *Usura e lavori usuranti*, «Rassegna di medicina legale previdenziale», n. 2, p. 6.
- Giammanco G., 1984, *L'ambiente come fattore di usura lavorativa*, in *Atti del Convegno nazionale su «Il lavoro usurante»*, Catania, 30 novembre - Taormina 1° dicembre, Università degli studi di Catania.
- Grieco G., 1994, *Usura da lavoro: tutela della salute dei lavoratori*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
- Guardabasso B., Lo Menzo G., 1984, *Aspetti medico legali ed assicurativi*, in *Atti del Convegno nazionale su «Il lavoro usurante»*, Catania, 30 novembre - Taormina, 1° dicembre, Università degli studi di Catania.
- Ilmarinen J., 2012, *Trent'anni di work ability e venti di age management*, «Sociologia del lavoro», n. 134, p. 61.
- Insera A., 1984, *Fisiopatologia del lavoro usurante*, in *Atti del Convegno nazionale su «Il lavoro usurante»*, Catania, 30 novembre - Taormina, 1° dicembre, Università degli studi di Catania.

- Kuhn K., 1998, *Prevenzione dei danni alla salute sul lavoro*, «L'Assistenza sociale», n. 2, p. 93.
- Leombruni R. e Mosca M., 2014, *The redistributive features of Italian Pension System: the importance of being neutral*, in Dekkers G., Keegan M. e O'Donoghue C., *New pathways in microsimulation*, p. 126, Ashgate, Farnham, Surrey.
- Leombruni R. e Mundo A., 2007, *Scheda tecnica, lavoratori esposti ad attività usurante: definizione della platea e dei pensionandi addetti a linee catena*, mimeo.
- Leombruni R., Richiardi M., Demaria M. e Costa G., 2010, *Aspettative di vita, lavori usuranti ed equità del sistema previdenziale. Prime evidenze dal Work histories italian panel*, «Epidemiologia e prevenzione», n. 4, p. 150.
- Macchiarelli L., Arbarello P., Di Luca N.M. e Feola T., 2008, *Compendio di medicina legale*, Minerva Medica, Torino.
- Malaspina G., 1998, *Lavori usuranti: quale futuro per il lavoro manuale?*, «L'Assistenza sociale», n. 2, p. 107.
- Marziano E., 1984, *Aspetti medico sociali*, in *Atti del Convegno nazionale su «Il lavoro usurante»*, Catania, 30 novembre - Taormina, 1° dicembre, Università degli studi di Catania.
- Olivelli P., 2008, *I lavori usuranti*, in Cinelli M. e Ferraro G. a cura di, *Lavoro, competitività, welfare. Commentario alla Legge 24 dicembre 2007 n. 247 e riforme correlate*, Utet Giuridica, Torino.
- Paone G., 1998, *Lavoro usurante e salute sul lavoro*, «L'Assistenza sociale», n. 2, p. 131.
- Ricci P., 2000, *I lavori usuranti alla luce della legge 335/95*, «Rassegna di medicina legale previdenziale», n. 2, p. 8.
- Sauli H., 1979, *Occupational mortality 1971/75*, Central Bureau of Statistic, Helsinki.
- Siegrist J. e Marmot M., 2004, *Health inequalities and the psychosocial environment, two scientific challenges*, «Social Science & Medicine», n. 58, p.1463.
- Singh G.K. e Siahpush M., 2006, *Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy 1980/2000*, «International Journal of Epidemiology», n. 35, p. 969.
- Valkonen T., Martelin T., Rimpela A., Notkola V. e Savela S., 1993, *Socio economic differences in mortality 1981/'90 in Finland*, Central Statistical Office of Finland, Helsinki.
- Valkonen T., Sihvonen A.P. e Lahelma E., 1997, *Health expectancy by level of education in Finland*, «Social Science & Medicine», n. 6, p. 801.
- Valdini M. e Galli T. a cura di, 2008, *L'attività usurante in responsabilità civile*, Giuffrè, Milano.
- Vicinelli G.C., 1998, *Prevenzione e prepensionamenti per i lavori usuranti*, «L'Assistenza sociale», n. 2, p. 9.
- Von Gaudecker H.M. e Scholz R.D., 2006, *Lifetime earnings and life expectancy*, Mpidr, Wp n. 8.

RPS

Roberto Leombruni, Michele Mosca e Dario Fontana



## Le autrici e gli autori

*Cristiano Alicino*, medico di sanità pubblica, è assegnista di ricerca in campo epidemiologico presso l'Università di Genova. Collabora stabilmente con il blog [Saluteinternazionale.info](http://Saluteinternazionale.info) nell'ambito dell'etica della ricerca scientifica e del conflitto di interesse nella pratica clinica. È socio fondatore dell'associazione per la promozione della salute «altroVerso».

*Massimo Annicchiarico* è direttore sanitario dell'Ausl di Bologna, medico specialista in Medicina interna e Cardiologia, già direttore del Dipartimento di Emergenza-urgenza dell'Ausl di Bologna, coordinatore del Tavolo tecnico dei Direttori sanitari dell'Area Vasta Emilia Centro, docente esterno - faculty della Scuola di Direzione aziendale dell'Università «Luigi Bocconi» di Milano: area didattica - management sanitario

*Massimo Antichi* è dirigente generale del Coordinamento per l'analisi e la riduzione del rischio reputazionale dell'Inps. È stato ricercatore della Commissione tecnica per la spesa pubblica, responsabile della direzione studi della Covip, componente della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, del Nucleo di valutazione della spesa previdenziale e di numerose commissioni ministeriali di studio sulla materia pensionistica e previdenziale.

*David Benassi* è professore associato di Sociologia economica presso l'Università di Milano-Bicocca, dove insegna Sistemi di welfare comparati, Sociologia dello sviluppo e Povertà e salute. I suoi interessi di ricerca principali riguardano l'analisi della disuguaglianza e della povertà, le politiche di welfare, il mutamento sociale e i consumi delle famiglie.

*Davide Botturi* è ricercatore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi.

*Antonio Brambilla* è responsabile del Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna.

*Domenico Carbone* è ricercatore presso il Dipartimento di Giurisprudenza Scienze politiche economiche e sociali dell'Università del Piemonte Orientale dove insegna Fondamenti di politiche sociali e Metodologia delle scienze sociali. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le disuguaglianze generazionali e di genere e l'analisi comparata dei sistemi di welfare.

*Enza Caruso* è ricercatrice di Scienza delle finanze all'Università di Perugia e membro del Centro di analisi delle politiche pubbliche (Capp) dell'Università di Modena e Bologna. Dal 2007 insegna al master di Economia e Politica sanitaria del Coripe Piemonte. È esperta di finanza sanitaria.

*Stefano Cecconi*, sindacalista, lavora presso il Dipartimento Welfare della Cgil nazionale dove è responsabile delle Politiche della salute.

*Flavio Antonio Ceravolo* è ricercatore presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università di Pavia dove insegna Metodi e tecniche della ricerca sociale e Sociologia e Ricerca sociale. I suoi principali interessi di ricerca riguardano lo studio delle disuguaglianze sociali e la loro percezione individuale, la relazione fra immigrazione e mobilità sociale, i modelli di sviluppo locale e l'analisi delle istituzioni accademiche nella formazione del capitale umano e nella produzione della conoscenza.

*Nerina Dirindin* è esperta di welfare e di politica sanitaria. Dal 2013 è senatore della Repubblica. Insegna Economia pubblica e Economia sanitaria all'Università di Torino, dove ha promosso la realizzazione di un master in Economia e Politica sanitaria.

*Dario Fontana* è dottorando in Lavoro, sviluppo e innovazione presso la Fondazione universitaria «Marco Biagi», Università di Modena e Reggio Emilia. Le sue principali aree di ricerca riguardano la sociologia del lavoro, le relazioni tra lavoro e salute, l'organizzazione del lavoro, le relazioni industriali.

*Gianni Geroldi*, economista, già professore ordinario di Scienza delle finanze, attualmente insegna Economia della previdenza e dei sistemi pensionistici presso l'Università Cattolica di Piacenza. Ha svolto studi e pubblicato ricerche su vari temi di economia del welfare state. È membro del Social protection committee (Comitato consultivo per le politiche sociali dell'Unione europea).

*Anna Maria Guerrini* è consulente direzionale Telecom Italia dove si occupa dell'individuazione, realizzazione ed erogazione di servizi tecnologici per l'e-health attraverso nuovi modelli di erogazione con tecnologie Cloud e reti di nuova generazione Ngn, nonché del supporto allo sviluppo di un ecosistema per la sanità digitale.

*Vera Lamonica* è segretaria confederale della Cgil Nazionale, dove si occupa di welfare, previdenza e politiche dell'immigrazione.

*Tiziana Lavalle* è direttore Uoc Formazione, Azienda unità sanitaria locale di Bologna. È dottore di ricerca in Scienze mediche generali e dei servizi, area Sanità Pubblica, Università di Bologna.

*Roberto Leombruni* è ricercatore di Econometria presso il Dipartimento di Economia e Statistica «Cognetti de Martiis» dell'Università di Torino, e *research fellow* del Laboratorio Revelli. Le sue principali aree di ricerca riguardano l'economia del lavoro, le relazioni tra lavoro e salute, modelli computazionali agent based e di microsimulazione.

*Gavino Maciocco* è docente di Politica sanitaria presso il Dipartimento di Medicina sperimentale e clinica dell'Università di Firenze. Promotore e coordinatore del sito web Saluteinternazionale.info. È direttore della rivista quadrimestrale «Salute e Sviluppo».

*Elisabetta Midena* è vice prefetto. Da aprile 2011 è dirigente presso l'attuale Autorità nazionale anticorruzione (Anac), dove ha svolto anche le funzioni di Segretario generale vicario. Ha svolto attività di ricerca e ha scritto in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, giustizia amministrativa, dirigenza pubblica.

*Mara Morini* è direttore del Dipartimento delle Cure primarie, Ausl di Bologna, medico specialista in Pediatria, già direttore di Distretto. Ricopre la carica di presidente Card-Emilia Romagna (Confederazione associazioni regionali di distretto).

RPS

le autrici e gli autori

*Michele Mosca* è assistente di ricerca presso il Dipartimento di Economia e Statistica «Cognetti de Martiis» dell'Università di Torino e presso il Laboratorio Revelli. Le sue principali aree di ricerca riguardano il mercato del lavoro, i sistemi pensionistici, i modelli di microsimulazione.

*Emmanuele Pavolini* è professore associato di Sociologia economica presso l'Università di Macerata. Si occupa in prevalenza di studi attinenti alle trasformazioni dei sistemi di welfare in ottica comparata.

*Ivan Pedretti* è segretario nazionale Spi Cgil.

*Francesco Ripa di Meana* è direttore generale dell'Ausl di Bologna, medico specialista in Medicina del lavoro e Programmazione sanitaria. È stato presidente Fiasp (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) dal marzo 2006 all'aprile 2009 e lo è nuovamente dal 2014.

*Franco Rotelli* è consigliere regionale del Friuli Venezia Giulia e presidente della Commissione sanità e politiche sociali della stessa Regione.

*Cecilia Taranto* è segretaria nazionale della Funzione pubblica Cgil.

## English Abstracts

RPS

### Clichés and distortions in the debate on public health

**Nerina Dirindin**

In Italy, public health is obscured by prejudices and ideologies that help to give a distorted image, worse than real. Bring the debate within an objective comparison constitutes one of the priorities of health policies of our country, to avoid the many difficulties arising from the economic crisis may weaken the system of health protection.

### The right to health in European health systems.

#### The Greek tragedy

**Enza Caruso**

The article discuss the impact of fiscal consolidation policies on health resources in some Western European countries. It focus on the Greek crisis and the effects of a high level of unemployment on the social tragedy of people without health coverage. The paper reviews the weaknesses of Greek health care system, the need of reforms, and the negative implications of austerity programme imposed by the Troika for health system performance and on population health. It also emphasizes that the issue of healthcare sustainability should be assumed with strong constraints as a political priority of European governance and health goals should not be subordinated to other macroeconomic objectives.

### Prevention of corruption and transparency in the health service

**Elisabetta Midenia**

After a general account of the costs of corruption in the health service and its main causes, the article describes the main measures adopted in Italy to counter corruption, with particular reference to law no. 190/2012: the setting-up of a national anti-corruption Authority along with a national anti-corruption Plan in every administration, three-year

Plans for preventing corruption, as well as three-year Programmes for transparency and integrity. The author then discusses the results of a first survey of their implementation in a sample of local health bodies, carried out in 2014, bringing out, particularly as far as transparency is concerned, a tendency to carry out whatever is entailed in the regulations, but with limited quality levels in the publication of data. The final comments underline the importance of involving the stakeholders and of sensitizing civil society to the question if we are to obtain good results in policies for preventing corruption.

### The «health-care chain»: the right to health and the laws of the market

**Cristiano Alicino**

The relationship between health, as a fundamental right of the individual, and economic development driven by market laws, is often conflicting. However, national states and international organizations are struggling to implement policies able to orient the strategies in the direction of the right to health, while in a field where goods and services are prerequisites, often essential for the realization of this right. The relationship between the public sector and the private sector are closely intertwined and have important implications not only in terms of the health of the community, but also in terms of economic and commercial development. Even in Italy, the relationship between the Nhs and the health care industry are very tight and this private sector gives important contribution to the national economy. However, in the absence of a strong regulatory intervention and planning by public sector, the divergence of objectives between the public sector and the private sector can determine that commercial strategies affect the right to health. The article describes how this divergence of objectives has important implications in research of new drugs, in access to life-saving drugs in contexts with limited economic resources and, finally, in access to innovative medicines in the Italian context.

### Training, Universities and the right to Health

**Gavino Maciocco**

Professional health education has not kept pace with challenges of globalization, largely because of fragmented, outdated, and static curricula that produce ill-equipped graduates. The problems are systemic:

mismatch of competencies to patient and population needs; poor teamwork; persistent gender stratification of professional status; narrow technical focus without broader contextual understanding; episodic encounters rather than continuous care; predominant hospital orientation at the expense of primary care; quantitative and qualitative imbalances in the professional labour market; and weak leadership to improve health-system performance. Laudable efforts to address these deficiencies have mostly floundered, partly because of the so-called tribalism of the professions: the tendency of the various professions to act in isolation from or even in competition with each other.

Redesign of professional health education is necessary and timely, even in view of the opportunities for mutual learning and joint solutions offered by global interdependence due to acceleration of flows of knowledge, technologies and the migration of both professionals and patients.

RPS

English Abstract

### Digital health service: for a new governance of innovation processes

**Anna Maria Guerrini**

Health policies find themselves having to manage a greater demand for high-quality care, long life-expectancy, the spread of chronic diseases, and the presence of patients who require long-term care for a significant part of their lifetime. All this needs to be handled while seeking to maintain public expenditure at its present levels as far as possible. It has become essential to restore the efficiency of the national health service and to revise its organization with the support of technology, with new models for involving the private sector in innovating and co-financing services. This new partnership is strongly encouraged by the European Community in its guidelines for the use of funds 2014-2020, and by the Ministry of Health in its Pact for digital health. We therefore need to develop an ecosystem of health innovation, where both the institutions and the manufacturers can express a genuine commitment to shared economic and strategic objectives, industrial choices, and making the most of their assets, both material and immaterial, implementing a systemic approach in re-engineering process, sharing contents and digital services, and in using infrastructures of technical and semantic inter-operability. The development of this ecosystem should be implemented in «health innovation laboratories», which should be a mixture of public and private. In this collec-

tive process of innovation there should be a sharing not only of the risks and costs that have so far been borne by the community and those working in the sector, but also of the profits that can be re-invested in innovation.

### The implications of Law 180 for the general field of public health

**Franco Rotelli**

The approval by the Region of Friuli Venezia Giulia of a law completely reorganizing the regional health service, based on the linchpins of law 180/1978, is an opportunity to publish a text dating from 2008 that sets out the ten «key words» that accompany the concrete sense of law 180: continuity of care, hospitals working together with their local areas in care provision, looking towards the community, policy integration, and emphasis on long-term care.

### The development of primary care in Italy: proposals and experiences for the change

**Antonio Brambilla and Davide Botturi**

In some Italian regions a developing process of primary care is going on, underlying some dishomogeneities between different areas. The recent european and national framework offers relevant indications on the future of the primary care delivery. It is therefore necessary to create opportunities at a national level to discuss and share, proposals and experiences aimed at strengthening primary care. In this paper we propose a number of levers for change and describe the experience of the Community Health Centres in the Emilia-Romagna Region, as a practice of improvement.

### The training of the professionals operating in the House of Health in AUSL Bologna

**Tiziana Lavallo, Mara Morini, Massimo Annicchiarico and Francesco Ripa di Meana**

The development of the Houses of Health in Ausl Bologna express a change in the way of organizing the «Health Service». Training is, in this context, the opportunity to accompany the processes of innovation and this experience was supported by use of the method Pbl

(Problem based learning) and a platform for e-learning. Attended and completed the training 114 professionals operating in nine Houses of Health, hospital or territorial origin, both health and social. The first phase, which involved the first half of 2013, has led to the understanding and recognition of the methods and tools specific to each profession, creating areas of sharing of the same, to comply with the proper purpose of the House of Health regarding the continuity of the care, appropriateness of care and customization of taking care of the frail and individualized care.

### Working for the right to Health

**Cecilia Taranto**

Starting from the premise the quality of services is based on a recognition of the crucial importance of human work in the socio-welfare field, this article brings out how, partly as a result of the linear cuts of the last few years, the quality of the work has been seriously conditioned by a lack of staff and an increase in short-term contracts. It also insists on the need to give proper value to the professions and to invest to create employment, as well as pointing out the urgency of replacing the present contractual systems with supply chain and sector contracts, and reorganizing and upgrading the services through genuine participatory governance.

### What future for those in long-term care

**Ivan Pedretti**

The article reflects on the topic of those in long-term care, pointing out how, despite the commitments of the various governments that have succeeded each other in the last decade, there has never been any serious action to fully tackle the problem of the ageing of the population and the consequences of its pathologies. Interventions in Italy have been in the form of monetary transfers rather than investment in social and community services, effectively opening the way to a response based on private insurance. The article emphasizes the need to increase public responsibility and economic and productive planning that is able to respond to the new needs determined by the ageing of the population, as well as the importance of initiating a discussion between the social partners and the institutions to define the role, functions, professional classification and training of those wor-

king in the services, and a governance between the functions of the state, the regions and local and private bodies, with the aim of making social services both more effective and more efficient.

### Principles of good government for revising the governance of Inps

**Massimo Antichi**

In Italy, in the last two decades there has been much debate on how to reform the governance of social security institutions. Nevertheless, this debate has resulted in a reform law that did not solve the limits of the previous governance set-up but rather them worsen it by concentrating the powers previously granted to a board of governors in the hands of a single body: that of the President. After a review of the economic literature on the issue, we examine the limitations of the present set-up and make a number of recommendations to the government on how to overcome them.

### The problems of a new governance in the services of general interest

**Gianni Geroldi**

European legislation, introducing the new name of «services of general interest», has provided a number of important changes in the different sectors of traditional public services. For services usually provided by public utilities, the gradual market liberalization has led to a revision of the organizational and management systems in the direction of governance models more similar to those of private companies. In the field of social services, changes as the partial liberalization of the suppliers, the demand for greater citizen participation and more stringent budget constraints, require new governance capacity for maintaining coordination of differentiated measures and to ensure the policies addresses. The increasing number of activities and a highly complex articulation of the tasks requires that also welfare services focused on cash transfers upgrade strategies and management systems. In the Italian case, the presence of an almost unique institution that provides pensions, unemployment benefits, employment incentives and other welfare benefits, makes the latter an issue of particular importance.

## The «problem» of the rich in a sociological perspective

**David Benassi**

Starting from the book of Franzini, Granaglia e Raitano «Dobbiamo preoccuparci dei ricchi?» (2014), the essay discusses the wealth as a social problem. From a sociological perspective, it is discussed who are the rich, how they became rich, and what are the consequences of an undue concentration of wealth. The main point of the essay is the fact that reaching social positions assuring very high incomes is not simply the effect of individual abilities and commitment, but also or primarily the effect of a privileged starting point. It is also argued that a high concentration of wealth has negative effects not only for the rest of the society, as far as it hampers social mobility, but also for the rich themselves, that are compelled to live in a conflictual social context.

## Many good reasons for concerning ourselves (and being concerned) with the rich: myths to debunk and interesting proposals

**Emmanuele Pavolini**

In recent decades social inequalities have increased, following various phenomena that have concerned all the main segments of the population. Usually analyses of these processes concentrate on what happens to the middle classes and, even more, to those population groups with low or medium-low incomes. But there are many good reasons – scientific as well as political – for considering what happens in the upper part of income distribution.

## The inequality perception in Europe between welfare reform and economic crisis

**Domenico Carbone and Flavio Antonio Ceravolo**

The paper analyses, in a diachronic and comparative perspective, the changes in inequality perceptions among European citizens in the last twenty years. The study's focus is on the comparison between five European countries with different welfare systems: Sweden for the socialdemocratic model, Germany for the corporative one, United Kingdom for the liberal system, Spain and Italy for the familistic model. Data are derived from the Social Inequality surveys of the International social survey program (Issp) conducted in 1992, 1999 and

2009. Results show a general increase in the inequality perceptions among European citizens during the period running from the beginning of the nineties, of the last century, to the end of the last decade. Therefore the study also shows some important differences in these perceptions between countries, especially in the intensity of their increase. They underline that the generation of these feelings are strictly related to the different redistributive systems.

### Regulations on physically demanding work: planning problems and questions still open

**Roberto Leombruni, Michele Mosca and Dario Fontana**

The article examines how the recent Law on wearying jobs has defined its target population, and what are the ways and criteria ruling the early retirement it grants. It proposes also an estimate of the law's coverage, that is, how many workers employed in wearying jobs may actually take advantage of its benefits. What emerges from the study is that the Law has not assimilated the most recent debate on wearying tasks and the empirical evidence on the relations among work, health and life expectancy; and that the eligibility criteria it defines leave out many workers who should enter in its target population.



Finito di stampare  
nel mese di dicembre 2014  
dalla Tipografia O.GRA.RO.  
Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma