

indice

Nota del Direttore

9

ATTI DEL FORUM

Il sistema socio-sanitario in Italia.

Quattro percorsi di lettura e le evoluzioni necessarie

(Versione italiana)

SESSIONE I

Dopo la 328/2000. Riflessioni su sviluppi e criticità del nuovo paradigma istituzionale

Massimo Campedelli

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

17

Paolo Carrozza

I nodi istituzionali del welfare tra Europa e territorializzazione

29

Emanuele Ranci Ortigosa

I livelli essenziali delle prestazioni,
tra erogazioni monetarie e servizi

55

Elena A. Ferioli

L'assistenza ai non autosufficienti
nel quadro di un neo-regionalismo *in fieri*

65

Riferimenti bibliografici

77

SESSIONE II

Capacità informativa, ruolo e utilizzo dei dati nei processi di *policy making*

Gianni Tognoni

I dati, ovvero dell'ambivalenza

83

<i>Francesca Carrera, Anna Teselli</i>	
La politica dei dati in ambito socio-assistenziale.	
Un focus sulla spesa dei Comuni	91
<i>Vito Lepore, Vito Samarelli, Gianvito Schena, Antonio D'Ettorre</i>	
Le banche dati sulla salute.	
Verso la costruzione di un'epidemiologia assistenziale	111
<i>Mario Sango, Pierpaolo Benetollo, Roberto Toffanin, Pietro Gallina, Giovanna Dorotea Cecchetto</i>	
Epidemiologia assistenziale nel grande anziano: quali informazioni?	123
<i>Riferimenti bibliografici</i>	135
SESSIONE III	
Welfare locale, decentramento e cittadinanza	
<i>Francesco Taroni</i>	
Fra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza	141
<i>Carla Collicelli</i>	
I costi della mancata integrazione tra sociale e sanitario	157
<i>Nicola Falcitelli</i>	
Buona gestione e appropriatezza delle prestazioni	179
<i>Angelo Tanese</i>	
L'applicazione dei principi della buona gestione in sanità. Ruolo delle aziende e centralità dei sistemi locali	183
<i>Carlo De Pietro</i>	
Mercato del lavoro e professionalizzazione del sistema socio-sanitario in Italia	195
<i>Matteo Lippi Bruni, Cristina Ugolini</i>	
La valutazione economica nell'ambito dei servizi socio-sanitari	207
<i>Riferimenti bibliografici</i>	219

SESSIONE IV

**Integrazione. Complessità
del concetto e buone pratiche**

Ota de Leonardis

L'integrazione che non c'è,
e di cui ci sarebbe bisogno

227

Carlo Donolo

Politiche sociali: governare per frammenti?

235

Franco Rotelli

La legge regionale del Friuli-Venezia Giulia
e il fondo per l'autonomia possibile

245

Carlo Macaluso

La Società della salute dell'area pisana.
Caratteristiche e processo di governo del territorio

251

Riferimenti bibliografici

263

«INTERSESSIONE»

**Riflessioni e valutazioni
del mondo sindacale e politico**

Paolo Ferrero

267

Mimmo Lucà

273

Achille Passoni

281

Betty Leone

287

Sandro Del Fattore

291

Rubriche

Federalismi e sanità

Segnalazione a cura di Franca Maino

299

Gli autori

305

PROCEEDINGS OF THE RPS FORUM

The health and care system in Italy
Four itineraries and the essential evolutions
(English version)

<i>Director's Note</i>	311
------------------------	-----

SESSION I

**After law 328/2000. Reflections on developments
and critical features in the new institutional paradigm**

Massimo Campedelli

The health and social services sector: a new social question? values, rights and advantages	317
--	-----

Paolo Carrozza

The institutional problems of welfare: Europe and territorialization process	329
---	-----

Emanuele Ranci Ortigosa

Essential levels of welfare: cash benefits and services	349
---	-----

Elena A. Ferioli

Care for the non-self-sufficient in the context of the new unfinished regionalism	357
--	-----

<i>References</i>	367
-------------------	-----

SESSION II

**Information capacity, role and use of data
in policy-making processes**

Gianni Tognoni

Data, or ambivalence	371
----------------------	-----

Francesca Carrera, Anna Teselli

Data policy in the social and health sector. A focus on municipal expenditure	377
--	-----

Vito Lepore, Vito Samarelli, Gianvito Schena, Antonio D'Ettorre
Data-banks on health. Towards the creation
of care epidemiology

393

*Mario Saugo, Pierpaolo Benetollo, Roberto Toffanin,
Pietro Gallina, Giovanna Dorotea Cecchetto*
Care epidemiology in the very old: what information?

405

References

417

SESSION III

Local welfare, decentralisation and citizenship

Francesco Taroni

Apocalyptic scenarios and integrated policies: reasons
and problems of a fund for the non-self-sufficient

423

Carla Collicelli

The costs of the failure to integrate social
and health care

435

Nicola Falcitelli

Good management and appropriateness of services

453

Angelo Tanese

The application of the principles
of good management to health. Role of the health units
and centrality of local systems

457

Carlo De Pietro

Labour market and professionalisation
of the care and health system in Italy

467

Matteo Lippi Bruni, Cristina Ugolini

Economic evaluation in the care
and health services

477

References

487

SESSION IV

**Integration. Conceptual complexity
and positive actions***Ota de Leonardis*The integration that we lack,
and that we need

495

Carlo Donolo

Social policies: governing through fragments?

503

*Franco Rotelli*The regional law of Friuli Venezia-Giulia.
The fund for possibile autonomy

511

*Carlo Macaluso*Health societies in the Pisa area.
Characteristics and process of territorial control

515

References

525

«INTERSESSION»

**Reflections and evaluations
from politicians and trade unionists**

Paolo Ferrero

529

Mimmo Lucà

535

Achille Passoni

541

Betty Leone

547

Sandro Del Fattore

551

Authors

555

Nota del Direttore

RPS

Questo fascicolo di «Rps» riporta, secondo un'ancora giovane consuetudine, gli atti del secondo Forum annuale della rivista. Si tratta di una discussione che si è svolta nel novembre 2006, che ha avuto come oggetto diversi tagli e sfaccettature del «sistema» socio-sanitario italiano, la cui restituzione – che abbiamo voluto non meccanica, ma nella misura del possibile ripensata e rielaborata dai relatori al convegno – è stata sotto vari profili impegnativa. Non ultima, fra le complessità di questa edizione, quella di voler pubblicare l'intero approfondimento anche in inglese, convinti come siamo che la riflessione sociale italiana abbia un bisogno vitale di scambi con l'estero. Seppure sia registrabile negli ultimi anni un'evoluzione nell'«importazione» di filoni, temi e prospettive di analisi (ai fini della quale «Rps» produce un impegno costante, in ogni suo numero) siamo infatti convinti che ci sia ancora molto da fare nella direzione inversa: quella di far conoscere fuori dai nostri confini nazionali la talvolta eccellente riflessione sociologica e politologica italiana.

Quello prodotto intorno al Forum qui pubblicato consiste in un materiale di approfondimento che affronta i vari temi con ottiche interpretative sia ampie, di taglio generale, sia di dettaglio, su aspetti specifici della realtà e della fase italiana che ci auguriamo possano fornire spunti informativi e di riflessione sulla situazione italiana del sistema sanitario e del welfare locale. Entrambi oggetti sempre più al centro degli studi comparativi europei, ma ancora debolmente presenti nei grandi circuiti transnazionali di policy per la loro scarsa confrontabilità intrinseca e per l'ancora forte «primazia» del welfare «assicurativo» negli interessi generali di ricerca e di riforma.

Con questo fascicolo intendiamo, per quanto possibile, continuare a contribuire a questo doppio binario di necessaria evoluzione, dell'apertura delle nostre riflessioni a scenari più ampi rispetto al confine nazionale e al rafforzamento della riflessione e della comparazione sul welfare di prossimità, consapevoli di tutte le complessità che ciò comporta. Ci scusiamo perciò con gli abbonati, chiedendo loro un contributo in termini di pazienza, comprendendo le ragioni di

un'uscita che – per l'insieme dei motivi detti – non siamo riusciti a realizzare nei tempi della consueta programmazione.

Evitando in questa nota di entrare nei contenuti del fascicolo, si cercherà di indicarne il senso e la valenza attraverso l'illustrazione dell'impostazione data alle due giornate del Forum e successivamente, con qualche ridefinizione, a questa pubblicazione.

Dunque, l'integrazione socio-sanitaria. Sistema, abbiamo voluto definirla nel titolo del Forum alludendo più ad un'aspirazione, una volontà ed un obiettivo, che alla mera codifica della realtà. Perché la realtà dell'integrazione socio-sanitaria è oggi caratterizzata piuttosto da combinazioni differenziate e moltiplicative delle a-sistematicità, proprie ed improprie, oggi presenti sia nel sistema sanitario sia in quello socio-assistenziale. Numerose le difficoltà che si frappongono allo sviluppo dell'integrazione fra sociale e sanitario, che attengono alla diversità delle diverse storie, alla specificità dei mandati e delle logiche di funzionamento, alla disomogeneità degli assetti istituzionali, alla sperequazione delle risorse finanziarie, nonché agli specifici principi e pratiche professionali di ciascuno dei due settori. Sistemi dotati dunque di realtà legislative, organizzative e budgettarie diverse sia nel passato che nel presente che, come le numerose analisi del Forum hanno sottolineato, stentano a realizzare sia sviluppi lineari (il caso del percorso di attuazione della legge 328 del 2000 è paradigmatico in tal senso) e difficoltà poi a trovare – se non in alcuni casi territoriali di eccellenza – canali correnti anche solo di coordinamento. Dimensione, quella del coordinamento se non dell'integrazione fra i due ambiti del sociale e del sanitario, che il cambiamento demografico e la trasformazione degli assetti sociali (si pensa naturalmente al ruolo femminile e alle incombenze e capacità familiari reali) imporrebbe come prioritaria e il cui ritardo comporta costi di mancato sviluppo in termini di persistenza di limiti occupazionali (ci si riferisce in particolare alla mancata occupazione femminile nel settore dei servizi e alla ridotta occupazione femminile in tutti gli altri settori a causa della carenza di servizi alle famiglie e alla persona), di riproduzione di staticità sociale e di limiti culturali intergenerazionali (qui il pensiero va agli studi sulla mobilità intergenerazionale limitata dal «privatismo» educativo dell'infanzia), di sovraccarico e affaticamento delle famiglie e della donna, che sempre meno riescono a svolgere in misura qualitativamente adeguata le comunque proprie funzioni di cura nei confronti dell'infanzia, della vecchiaia, della malattia.

Ed è anche in quest'ottica che è il caso di fare un veloce flash sull'estrazione dei relatori delle varie sessioni. Si è trattato di un convegno particolarmente caratterizzato dalla forte integrazione fra competenze di tipo intellettuale e di tipo sindacale, politico, gestionale. Un'integrazione fra saperi e responsabilità più accentuata che in altre nostre esperienze, pur di una rivista per *mission* intende promuovere questo tipo di contaminazione ai livelli più alti. La scelta dell'argomento è stata proposta da alcuni membri del Comitato scientifico, che hanno poi affiancato la redazione nella declinazione e nell'impostazione dei diversi panel che hanno strutturato le due giornate di lavoro. Fuori dai panel, da battitori liberi, solo gli interventi dei decisori politici e di alcuni dirigenti sindacali (nella versione a stampa del Forum accomunati poi tutti nella parte del fascicolo denominata «intersessione»). E vale ancora la pena di rammentare in questa presentazione che la titolazione dei panel, nel materiale di accompagnamento dei lavori distribuito in aula, è caduta sulla parola «percorsi»: «il percorso culturale», il «percorso informativo, sulla politica dei dati», e così via. L'intenzione, comunicata anche attraverso questi dettagli formali, è stata infatti di proseguire nella nostra scelta di intendere la rivista come luogo di «pensiero aperto», condiviso e interattivo in cui le sessioni tematiche emergessero come espressione di attraversamenti, per quanto guidati, comuni e non conclusi di territori comuni. Alla luce di ciò, il primo panel, del «percorso culturale», è nato dall'esigenza di porre al centro delle scelte di policy la questione dei valori: retrostante ogni scelta di assetto istituzionale, di attuazione o di non attuazione di processi ampi di armonizzazione dell'offerta dei servizi alla cittadinanza come diritto sociale, di rappresentanza e di tutela dei soggetti meno capaci di *voice*, ci sono culture del sociale, aperte o restie al suo sviluppo, le cui impronte sono leggibili in filigrana delle diverse opzioni operative apparentemente neutrali. Il secondo panel, sui sistemi informativi sociali e la politica dei dati, solo apparentemente tecnicistico in quanto volto a sostenere la crucialità delle informazioni per la decisionalità politica, ha viceversa sottolineato con rigorosa insistenza i limiti e le deformazioni concettuali che a volte presiedono la stessa raccolta primaria delle informazioni. Nel terzo panel, detto del «percorso economico, gestionale, lavoristico» sono state svolte relazioni e comunicazioni che prenderanno a riferimento principi e pratiche economiche e organizzative dei sistemi sanitari e di quelli socio-assistenziali. L'ordine delle analisi è stato di tipo economico e gestionale e gli scenari sono andati

dall'analisi dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza in sanità, fino alle problematiche direttamente riscontabili in terreni applicativi quali un'azienda sanitaria o l'assistenza degli anziani, in Italia ormai largamente affidata all'informalità e all'affidamento alle cosiddette «badanti». Il quarto e ultimo panel, del «percorso istituzionale», ha affrontato il tema della decisionalità politica territoriale. La prospettiva prevalente adottata è stata in questo caso di assumere a riferimento della riflessione esperienze positive di integrazione socio-sanitaria; quei «luoghi» in cui l'integrazione sembra consolidarsi e dare frutti, nell'interesse di comprendere lo spazio e le condizioni per possibili «esportazioni» in luoghi dove i buoni assetti e risultati sembrano essere ancora distanti.

Va segnalato infine che il fascicolo pubblica due saggi ulteriori rispetto alle relazioni presentate al Forum. Si tratta del contributo di Lippi Bruni e Ugolini e di quello di Elena Ferioli, esperti contingentemente non presenti alle nostre due giornate, ed i cui preziosi apporti siamo stati lieti di poter offrire ai nostri lettori in questa sede.

MLM

ATTI DEL FORUM

Il sistema socio-sanitario in Italia.

Quattro percorsi di lettura
e le evoluzioni necessarie

(Versione italiana)

I SESSIONE

Dopo la 328/2000.
Riflessioni su sviluppi e criticità
del nuovo paradigma istituzionale

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

Massimo Campedelli

1. Un'area di confine

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

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

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

2. Dalla 328, un'agenda delle questioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Una politica senza fondamenti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Tra sociale e sanitario: i livelli essenziali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Una governance impossibile?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Tra diritti e mercato: come cambiano gli attori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 VERSO I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

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

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

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

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

I nodi istituzionali del welfare tra Europa e territorializzazione

Paolo Carrozza

1. Intorno alla nozione e ai contenuti tipici dello «stato sociale»

Stato sociale è una nozione dal contenuto tipicamente polisemico e le varie scienze sociali ne hanno dato definizioni diverse, sottolineando ciascuna questo o quell'aspetto in conseguenza dell'atteggiamento epistemologico di settore.

Negli studi di teoria dello stato e di diritto costituzionale per «forma di stato sociale» si intende uno stato di derivazione liberale che, mediante lo strumento fiscale, assume nelle politiche pubbliche un orientamento interventista e allo stesso tempo redistributivo della ricchezza in modo da garantire un livello minimo di benessere a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro capacità di produrre reddito (Mortati, 1973): si tratta, evidentemente, di una definizione che corrisponde ad una prospettiva storico-istituzionale, che nel quadro dell'evoluzione delle forme di stato sottolinea la trasformazione dello stato «neutrale» liberale, sotto la spinta dei partiti di massa e dei movimenti politici e sindacali riformatori, nello stato «interventista» (generato dalla lotta per la cosiddetta libertà dal bisogno).

Per sociologi e filosofi della politica lo «stato sociale» è uno stato che ha carattere «inclusivo» e che tende dunque, più o meno gradualmente, ad allargare la cittadinanza e il consenso a tutti gli strati sociali, estendendo il contenuto e il godimento dei diritti di cittadinanza (e quindi anche i diritti politici e sociali) a strati sempre più ampi della popolazione sino ad includerli tutti (Dahl, 1990; Marshall, 1981; Zolo, 1994): la teoria dell'inclusione spiega bene l'estensione della cittadinanza (e quindi dei diritti) a gruppi successivi di immigrati di per sé privi di cittadinanza (e dunque in una prospettiva tipica delle democrazie del nuovo mondo, Stati Uniti, Brasile, Canada ecc.), ma viene frequentemente utilizzata anche per descrivere la progressiva estensione del suffragio e dei diritti nelle democrazie liberali europee.

Questo modo di intendere lo «stato sociale» è, tutto sommato, il più diffuso: esso lo rappresenta storicamente come una sorta di punto di arrivo della evoluzione dello stato liberale originariamente censitario,

nel cui ambito si assisterebbe ad una graduale estensione sia dell'ambito soggettivo della titolarità dei diritti di cittadinanza sia del contenuto di tali diritti; il contenuto della cittadinanza, come insegna Bobbio (1990), appare dunque crescere e ampliarsi per generazioni di diritti, dalle «libertà civili» care ai liberali rivoluzionari, per includere poi i diritti politici e quindi avere il suo naturale completamento con l'inclusione dei «diritti sociali» (cosiddetti diritti della terza generazione), sino ai diritti della quarta e della quinta generazione (Rodotà, 1992); nello stesso tempo si amplia e cresce l'elemento soggettivo dello stato, nel senso che un sempre crescente numero di popolazione acquisisce lo *status* di cittadino inteso quale titolare di diritti (come è ben noto, la sfida attuale è quella di assicurare almeno i diritti fondamentali di cittadinanza ai non cittadini statali ed europei, vale a dire agli stranieri «extracomunitari»).

Sempre in una prospettiva storica, si può rilevare come, nel continente europeo, le prime manifestazioni di questa forma di stato si siano avute nel costituzionalismo del primo dopoguerra, specie nella Costituzione di Weimar, nella quale trovarono riconoscimento sistematico i principali diritti sociali, e, sia pur in maniera meno evidente, nella Costituzione spagnola del 1931 e nella stessa Costituzione austriaca del 1920.

Una vera e propria generalizzazione dello «stato sociale» si ebbe però come risposta alla crisi del 1929, quando nell'ambito dei principali regimi politici, comprese le dittature e gli autoritarismi del periodo tra le due guerre, si diffusero politiche pubbliche «interventiste», dirette ad introdurre istituti pubblici di protezione sociale (e a trasformare in pubblici istituti nati da esperienze mutualistiche «private»), e a far assumere ai pubblici poteri un orientamento dirigista nello sviluppo economico, più spesso un mix delle une e delle altre anche se, soprattutto le prime, sono generalmente ricomprese nell'uso moderno del termine *welfare state*: da allora, per la politologia, lo stato sociale diviene il principale strumento di produzione e mantenimento del consenso nei confronti del sistema politico.

La sociologia politica ha poi classificato i vari modelli di organizzazione del welfare (mutualistico, universalistico, ecc.) e, grazie soprattutto agli studiosi di politiche pubbliche, ne ha precisato i campi tipici di intervento a partire dai classici quattro, a suo tempo delineati da Lord Beveridge (assistenza sanitaria e sociale, casa, protezione sociale della vecchiaia, istruzione).

Giuristi e politologi hanno poi precisato l'influenza che la generalizza-

zione dei sistemi di welfare ha esercitato sulla forma di stato, ad es. sottolineando la tendenza centralizzatrice che lo sviluppo del *welfare state* ha condotto in molti ordinamenti a struttura federale (Stati Uniti, Canada, Australia), e sulla stessa forma di governo, accentuando il ruolo degli esecutivi e l'espansione degli apparati amministrativi centrali e dello stesso diritto amministrativo (Rose, 1988; Cassese, 1974). Più complesso è stabilire un legame, essenziale ai fini del discorso che si sta cercando di sviluppare, tra welfare, diritti e democrazia: dal punto di vista giuridico-istituzionale il legame tra tali elementi si manifesta pienamente nel costituzionalismo del secondo dopoguerra con stati che nelle rispettive costituzioni espressamente si autodefiniscono «democratici, sociali e di diritto» (così, ad es., la Costituzione di Bonn, del 1949, art. 28); mentre in altri paesi, caratterizzati da costituzioni particolarmente «lunghe», i principali strumenti di welfare, in attuazione del principio generale di eguaglianza sostanziale, vengono addirittura costituzionalizzati assumendo la forma del riconoscimento costituzionale di un completo sistema di diritti sociali (così, ad es., per la Costituzione italiana del 1948 o per la Costituzione spagnola del 1978): sempre per dirlo con Mortati, lo stato da neutro nei fini si trasforma in stato che assume quale finalità principale il benessere e la promozione dei diritti di tutti i suoi cittadini.

Ma anche guardando all'ultima fase di evoluzione dello stato, nella quale il rapporto tra tali elementi appare più coerente, il rapporto tra diritti sociali ed espansione del welfare, quello che Marshall chiama il *right to welfare*, rimane problematico quanto ambiguo: evidente manifestazione di tale ambiguità è l'incerta qualificazione, in Europa continentale, dei diritti sociali, secondo un'impostazione che ha caratterizzato il dibattito politico e istituzionale sin dai temi della Repubblica di Weimar e che si è puntualmente ripetuta anche nell'Italia del secondo dopoguerra, con la «weimeriana» contrapposizione tra le tesi riduttive (le norme costituzionali recanti i diritti sociali sono norme puramente «programmatiche», prive di azionabilità ove non «implementate» o attuate dal legislatore, cioè dalle maggioranze politiche che si alternano al potere: Esposito, 1954), e le tesi sostanzialiste (le norme programmatiche sono immediatamente precettive e, pur talora non consentendo l'azionabilità del relativo diritto, consentono quantomeno di sindacare l'operato del legislatore: Mortati, 1970), producendo in ogni caso interpretazione delle norme di legge «conforme» a costituzione; passando per le celebri definizioni di Calamandrei riferita alla mancata attuazione del dettato costituzionale (la «rivoluzione promessa») e

alla conseguente discussione sulla «attuazione» della Costituzione, per arrivare alle più recenti qualificazioni dei «diritti sociali costituzionali» come «diritti condizionati» (Merusi, 1970) o quale «arcipelago» nel cui ambito coesistono diritti effettivamente azionabili e norme puramente programmatiche (Baldassarre, 1989).

I diritti sociali vengono così distinti in diritti «non condizionati» (sciopero, salute, integrità psico-fisica, libertà di scuola e di professione) e diritti «condizionati» (tutti gli altri), tanto da influenzare lo stesso operato delle Corti: è infatti divenuto caratteristico per le nostre Corti costituzionali, intendo per le principali corti europee e non solo per quella italiana, affermare la necessità che i diritti «prestazionali», quali per l'appunto i diritti sociali intesi come diritti a ricevere prestazioni e servizi da parte dei pubblici poteri, devono essere bilanciati con le esigenze finanziarie e di bilancio (cosiddetta teoria del «bilanciamento ineguale»).

I diritti sociali avrebbero dunque la forma dei diritti costituzionali fondamentali «di libertà» (che sono *self-executing* e sempre direttamente azionabili o giustiziabili), ma non anche la loro sostanza, assumendo essi prevalentemente la natura di diritti «legislativi», disponibili per la maggioranza e il suo bilancio o le sue leggi finanziarie; e in ogni caso con le esigenze finanziarie e di equilibrio di bilancio vanno commisurati e bilanciati anche nell'aggiudicazione concreta.

Questa contrapposizione rischia per la verità di nascondere un fenomeno che evidenzia un'importante dinamica – chissà se meno conosciuta perché fenomeno «giuridico», di indubbie ripercussioni politiche, ma raramente governato dalla politica, come del resto è naturale che avvenga per i fenomeni giurisdizionali – tipica degli ordinamenti europei: l'espansione della giustiziabilità dei diritti sociali ad opera delle Corti, e dunque a prescindere dalla volontà del legislatore e talora persino dalle esigenze di bilancio, come si apprezza guardando a celebri casi della stessa Corte europea di giustizia (sin dal caso Casagrande, c.g.c.e., causa 9174, sent. 3.7.1974), della nostra Corte costituzionale (si pensi ad alcune celebri sentenze «additive» come la n. 215/1987, in tema di accessibilità delle scuole ai disabili) e ad una miriade di sentenze di merito che hanno concretamente «aggiudicato» diritti sociali (salute, previdenza, istruzione, salario, ecc.) invocando la diretta applicabilità dei relativi principi costituzionali a prescindere dall'esistenza di un'adeguata legislazione di implementazione di questo o quel principio costituzionale o di questo o quel «diritto sociale» costituzionalmente riconosciuto.

Da questo punto di vista si può dire che negli ordinamenti europei contemporanei, nei quali i livelli del welfare sono mediamente più elevati rispetto ai paesi degli altri continenti, lo sviluppo del welfare stesso e dei diritti (sociali) di welfare o del cosiddetto *Right to Welfare*, rimane, anche in presenza di una costituzionalizzazione di questi ultimi, una scelta relativamente «disponibile» per la maggioranza politica contingente, solo mitigata da episodici, ma non meno importanti, interventi dei tribunali rivolti a riconoscere e aggiudicare diritti sociali anche a prescindere da un idoneo loro riconoscimento legislativo e dalle esigenze finanziarie e di bilancio.

Ma se questa considerazione può apparire scontata, essa non vale comunque più di tanto a sciogliere il nodo dell'ambiguo rapporto tra *welfare state* e diritti sociali: per sciogliere questo nodo occorre considerare un ulteriore aspetto del welfare, e in particolare le sue tecniche di attuazione, dalle forme più semplici (e a suo tempo indicate dallo stesso Lord Beveridge), consistenti nella erogazione di una certa quantità di denaro in modo tale che chi ha bisogno acquisti individualmente sul mercato il servizio diretto ad assolvere il bisogno (assegni di disoccupazione, assegni di accompagnamento, assegni di invalidità, assegni familiari, ecc.), fino alle forme più evolute e garantiste, consistenti nella costruzione di sistemi pubblici di produzione ed erogazione di prestazioni di servizi a carattere universalistico e dunque rivolti indistintamente a tutti i cittadini sì da renderli concretamente esigibili (come accade in pressoché tutti i paesi europei per l'istruzione primaria e secondaria, e, in Italia e in Gran Bretagna, per il cosiddetto Servizio sanitario nazionale).

Non c'è dubbio che i contenuti concreti di entrambe le forme di prestazione, che si collocano agli estremi opposti delle tecniche di welfare, dipendono dalla quantità di risorse disponibili; ma, concettualmente e in linea di principio, le tecniche consistenti nella costruzione di un'articolata organizzazione pubblica di produzione ed erogazione di servizi, accessibile a tutti in quanto cittadini e tendenzialmente gratuita, rende il corrispondente «diritto sociale» assai più «esigibile» e dunque anche giustiziabile e aggiudicabile, all'occorrenza, di quanto non avvenga a mezzo di altre tecniche – specie di quelle consistenti in una mera erogazione di denaro, che spesso, tra l'altro, hanno carattere puramente simbolico, in quanto limitate nella quantità dell'erogazione – e affidano comunque al singolo la soluzione concreta della soddisfazione del bisogno mediante il loro impiego individuale.

Dunque, un primo punto fermo al ragionamento che si intende svolgere nasce da un dato storico-culturale: solo sistemi universalistici di produzione ed erogazione di servizi di welfare, garantiti da una forte regia pubblica e finanziati mediante risorse stabili, possono assicurare l'effettiva e concreta esigibilità dei diritti di welfare corrispondenti a ciascun diritto sociale, pure costituzionalmente riconosciuto.

E con riferimento al complesso delle prestazioni socio-assistenziali, includenti l'assistenza sociale e socio-assistenziale, fino al settore socio-sanitario, attualmente compreso nel Servizio sanitario nazionale, tale conclusione evidenzia immediatamente un limite della legge 328, quantomeno rispetto al modello costituito dalla legge 833/1978: senza nulla togliere agli innumerevoli meriti della legge 328 (l'aver introdotto meccanismi programmatori per la distribuzione delle risorse destinate all'assistenza sociale, l'aver individuato nei Comuni i soggetti erogatori dei servizi assistenziali, il tentativo di introdurre standard di erogazione dei servizi e standard di identificazione delle situazioni di bisogno, l'apertura alla collaborazione col terzo settore, per dire dei principali), essa ha il grave limite di non aver istituito un «Servizio sociale nazionale» di tipo «universale», nel quale concentrare le attività di programmazione, produzione ed erogazione dei servizi sociali e concentrare altresì, rendendole stabili e certe nel tempo, le risorse complessivamente disponibili allo scopo in ambito statale, regionale e locale; in modo da assicurare la piena esigibilità dei diritti sociali in forma del tutto analoga e speculare a quanto è avvenuto, a partire dal 1978, per il diritto alla salute (o, come è più corretto dire, all'assistenza sanitaria).

Naturalmente si può subito dubitare che, dopo l'avvento del nuovo Titolo V della Costituzione, un siffatto intervento riformatore, diretto ad istituire un «servizio sociale» di tipo «universalistico» sia effettivamente compito della legislazione statale, quanto piuttosto compito delle singole Regioni: a questa domanda si cercherà più avanti, nel prosieguo del discorso, di dare una risposta; ma quale che sia la risposta a tale quesito, rimane il fatto che la piena esigibilità dei diritti di welfare discende, prima ancora che dal loro riconoscimento costituzionale e dalle risorse concretamente per essi disponibili, dall'istituzione di apposite organizzazioni, sottoposte alla regia pubblica, dirette alla programmazione, produzione e erogazione dei corrispondenti servizi in forma universalistica: ecco perché si può oggi ben dire che il mantenimento di una sfera pubblica efficiente, specie nella produzione dei servizi corrispondenti ai diritti sociali, costituisce il più evidente

sintomo di funzionamento dei meccanismi di solidarietà e di civiltà caratteristici della nostra esperienza politica.

2. Il welfare e i processi di globalizzazione e di integrazione: il welfare comunitario e il welfare municipale

Non c'è dubbio che i processi di globalizzazione e di integrazione sovranazionale abbiano profondamente influito sul quadro di riferimento e sui contenuti delle politiche di welfare, costringendo politiche e contenuti a misurarsi con un fenomeno politico-istituzionale che viene generalmente definito come «governo multilivello».

In poche parole, questa nozione descrive la graduale trasformazione del potere che, originariamente concentrato nella dimensione statale (uno stato = una lingua, un diritto, una nazione, un potere politico, tendenzialmente centralizzato), si è andato distribuendo in una molteplicità di «livelli» di governo che hanno assunto importanza crescente fino ad interessare anche le stesse politiche di welfare, che della dimensione statale del potere hanno costituito, nella seconda parte del XX secolo, il nucleo più solido e (apparentemente) inattaccabile, in quanto costituenti il principale fattore di consenso e di legittimazione di classi politiche scelte e selezionate da sistemi politici ed elettorali a «dimensione» prevalentemente statali (Von Beyme, 1987).

Dal punto di vista dinamico la trasformazione verso un governo multilivello indotta dai processi di globalizzazione comporta dunque una progressiva erosione della sovranità statale: verso «l'alto» – costituito dalla dimensione sovranazionale del potere –, ma anche verso «il basso», verso la dimensione regionale e locale. Ed è questo l'elemento più sorprendente e inatteso della globalizzazione: i processi di globalizzazione, contrariamente a quanto ci si attendeva negli anni '80 del secolo scorso, comportano una notevole spinta alla territorializzazione dell'economia e quindi alla differenziazione dei territori, che finiscono per esaltare anche la dimensione locale del potere che diventa decisiva ai fini della loro «competitività» nell'ambito dei processi di globalizzazione stessi.

I meccanismi di funzionamento del cosiddetto governo multilivello sono piuttosto complessi: vuoi perché il livello «sopranazionale» è articolato a sua volta in una dimensione «universale» (organismi come l'Onu e le sue organizzazioni funzionalistiche, il Wto, la Banca mondiale) e in varie dimensioni «regionali» (a noi interessa soprattutto la

dimensione comunitaria europea, che tra le esperienze di integrazione di ambito regionale è la più compiuta, anche se stenta, come è ben noto, a concretizzarsi in una «*more perfect union*»); vuoi perché anche l'ambito substatale è a sua volta articolato in più livelli (da noi regionale, provinciale e comunale), e in ciascun paese europeo vi è una certa variabilità dei relativi rapporti e modi di articolazione.

Le conseguenze istituzionali di questa trasformazione sono molteplici: il grado di autonomia o di autogoverno di ciascun soggetto istituzionale cresce rispetto al passato, perché maggiori sono le funzioni attribuite ai governi sopranazionali, regionali e locali, ma è un'autonomia ben diversa da quella di un tempo, fondata sulla «separazione», poiché oggi essa è caratterizzata dall'interdipendenza, è dominata dalla relazionalità: tanto maggiore è la capacità di relazione e di integrazione di ciascun soggetto istituzionale rispetto agli altri soggetti e con gli altri livelli di governo, tanto maggiore sarà la capacità di tale soggetto istituzionale, sia esso uno stato, una regione, una provincia o un comune, di governare e regolare il proprio sviluppo nel contesto istituzionale globalizzato (Melis, 2005; Cassese, 2001).

Due, semplificando molto, sono i fattori di trasformazione delle politiche di welfare conseguenti a tali processi.

Il primo, per noi, è costituito dalla dimensione comunitaria europea che stanno assumendo alcune politiche di welfare. Secondo alcuni politologi uno dei limiti del processo di integrazione comunitaria sarebbe costituito dalla cosiddetta asimmetria istituzionale dell'Unione europea, le cui politiche pubbliche assumono la natura di politiche quasi esclusivamente regolative, là dove nell'era della modernità la statualità del potere si caratterizzerebbe, invece, per l'esercizio di poteri allocativi e, soprattutto, redistributivi di risorse (Scharpf, 1999).

Tuttavia, le trasformazioni subite dal processo di integrazione negli anni '90 del secolo scorso hanno in una certa misura colmato questa lacuna.

Le manifestazioni del graduale intervento della comunità e poi dell'Ue nelle politiche di welfare, un tempo esclusivo monopolio statale, sono ormai molteplici: originariamente l'attenzione della Comunità per i problemi di welfare era in effetti confinata in qualche sentenza della Corte di Giustizia diretta a salvaguardare, nel quadro della cosiddetta «incorporazione» dei diritti fondamentali nei suoi parametri di giudizio, questo o quel «diritto sociale»; da tale atteggiamento è nata la spinta a «costituzionalizzare», nella Dichiarazione di Nizza (ora artt. II-94, in tema di assistenza e sicurezza sociale, e II-95, in tema di

protezione della salute, della cosiddetta Costituzione europea), alcuni dei più significativi diritti sociali sia pur in forma meno compiuta di quanto non sia avvenuto in qualche costituzione «lunga» del secondo dopoguerra; con la Costituzione europea, poi, appare piuttosto evidente la volontà dei costituenti di Laeken di attribuire alla Ue riformata compiti di coordinamento delle politiche di welfare statali, sia pur escludendo che essi si manifestino in interventi legislativi diretti (cfr. art. I-14 lett. *b*, politica sociale, art. I-15, coordinamento delle politiche economiche e occupazionali, art. I-17, lett. *a*, salute, ed *e*, istruzione, del trattato che istituisce una Costituzione per l'Europa; peraltro gli interventi in tali settori previsti dagli articoli citati vanno letti alla luce delle puntualizzazioni offerte nella parte III del trattato).

Ma è soprattutto con le politiche di «coesione sociale» avviate sul finire degli anni '80 che si manifesta, con una crescita particolarmente significativa dei cosiddetti fondi strutturali, l'intervento «redistributivo» della Comunità: si tratta, a ben vedere, di una forma di redistribuzione piuttosto diversa da quella tradizionalmente propria, in Europa, della dimensione statale del potere, e che manifesta forti analogie con gli strumenti redistributivi tipici delle federazioni storiche (Stati Uniti, Canada, Australia, la stessa Germania), traducendosi tali fondi in aiuti finanziari che la comunità assegna agli enti esponenziali (regioni, province, comuni) dei territori economicamente e socialmente più deboli per colmare il *gap* strutturale, infrastrutturale e dei servizi rispetto ai «territori» più ricchi e competitivi (Martinico, 2005).

La Comunità ha gradualmente affinato le tecniche di programmazione dell'utilizzo di tali fondi, specie per i fondi destinati alle politiche regionali, costringendo gli stati, le regioni e gli enti locali destinatari ad elaborare documenti coordinati se non comuni di programmazione di medio-lungo periodo relativi all'utilizzo delle risorse disponibili, gestendo unitariamente risorse provenienti da Ue, dallo stesso stato e dalle regioni: tale forma di intervento redistributivo costringe i nostri enti locali e le nostre regioni a fare i conti con una tecnica programmatica ben diversa dalle innumerevoli (e per lo più impotenti per quanto tecnicamente raffinate) programmazioni di settore proprie della nostra legislazione, perché si tratta di una programmazione di carattere unitario e strategico: coniugare i bisogni di cittadinanza e di benessere con i bisogni di sicurezza, con lo sviluppo economico sostenibile, con l'urbanistica, con lo sviluppo dei servizi, con le esigenze di identità espresse da ciascun territorio è la sfida della cosiddetta programmazione strategica che impegna oggi i nostri governi locali nel

tentativo di ricondurre ad unità, ad un quadro unitario di insieme, il complesso delle conoscenze di sé che essi hanno accumulato nel tempo. Questa nuova frontiera della programmazione, indotta dagli interventi comunitari, ha finito per condizionare anche gli strumenti programmatori statali e locali di settore tipici della nostra esperienza: essa presenta dunque dei caratteri che devono essere tenuti presenti nel momento in cui ci si pone l'obiettivo di una riforma generale del welfare. In primo luogo, una politica e una programmazione di settore disgiunta da un quadro generale «strategico» o «integrato» di riferimento delle politiche pubbliche per gli individui e per il territorio risultano oggi prive di senso, o, più semplicemente, inefficaci: dunque, è essenziale che i piani di settore siano metodologicamente e proceduralmente costruiti in modo da alimentare e confrontarsi con indirizzi generali strategici che riconducano ad unità l'insieme delle politiche e delle programmazioni di settore; e ciò vale sia in ambito locale come in ambito regionale e statale. I tentativi compiuti di recente dalla Regione Toscana di coordinare i propri strumenti di programmazione economica con gli strumenti di governo del territorio, e, in forma ancora più matura, l'integrazione che tale regione sta perseguendo tra gli strumenti di programmazione sanitaria con quelli di programmazione degli interventi assistenziali, costituiscono indubbiamente un esempio da seguire. Nascono dalle medesime esigenze gli ormai numerosi esempi di strumenti di programmazione strategica di cui grandi, medie e piccole città si stanno dotando; così come – in verità da parecchi anni – il Documento di programmazione economica e finanziaria costituisce (o dovrebbe costituire) il quadro unitario di riferimento della legge finanziaria, del bilancio e della legislazione collegata in ambito statale.

Ma non basta certo questo pur lodevole sforzo a governare la complessità che nasce dall'interazione e dall'interdipendenza dei molteplici fattori in gioco: l'integrazione delle politiche pubbliche e dei loro momenti di programmazione pone, infatti, una problematica ben più generale, che è quella dell'integrazione istituzionale e politica tra livelli di governo e, all'interno di ciascun soggetto pubblico, di integrazione organizzativa atta a garantire un sufficiente grado di «orizzontalità» dei processi decisionali ad organismi che si sono storicamente sviluppati soprattutto per settori (si chiamino essi, nei vari livelli istituzionali, ministeri, dipartimenti, servizi o simili), concepiti «verticalmente», cioè subordinati ad un'autorità politica e separati per competenza-funzione. In secondo luogo, occorre che questo processo di unificazione e co-

ordinamento di politiche e di programmazioni in ambito statale e regionale sia costruito in modo da potersi continuamente intrecciare e da poter dialogare con la programmazione strategica comunale e di area, affidata rispettivamente a comuni e province: dunque i meccanismi di programmazione non possono essere costruiti «a cascata», dall'alto verso il basso, secondo logiche gerarchiche o di pianificazione autoritativa (per cui da un Piano sanitario nazionale discendono Piani sanitari regionali da cui discendono Piani di zona, secondo la vecchia logica della programmazione «a cascata» sancita dalla legge 833/1978), ma devono assumere a loro volta natura «circolare» e processuale, che sappia decentrare l'analisi dei bisogni e la costruzione dei progetti al livello ottimale più decentrato, e che sappia poi, in ambito regionale, indirizzare, incentivare e orientare l'azione decentrata e, nel contempo, misurare e valutare i risultati delle azioni progettate e attuate in ambito locale, con un continuo sviluppo processuale del quadro conoscitivo e dello stesso quadro programmatico.

In terzo luogo, perché un simile quadro si possa efficacemente sviluppare, occorre costruire strumenti conoscitivi raffinati, che consentano di fondare le scelte progettuali e programmatiche sulla conoscenza della realtà quale è possibile ricostruire solo in ambito locale: le politiche pubbliche e i processi programmatici di settore devono dunque appoggiarsi su di un quadro conoscitivo di dettaglio che, a sua volta, alimenta e condiziona il quadro conoscitivo regionale e statale di ciascun settore, consentendo di seguire, nella sua evoluzione, i risultati conseguiti dalle politiche stesse. Solo in alcuni ambiti, come, ad esempio, nell'urbanistica (secondo molte – ma non tutte – le leggi regionali), la legislazione più recente ha imposto la ri-costruzione di efficaci quadri conoscitivi quali presupposti per le azioni pianificatorie e programmatiche: in altri, come la sanità e l'assistenza sociale, la misurazione dell'efficacia delle scelte pianificatorie – quel tanto di aziendalismo che le riforme degli anni '90 hanno introdotto nella nostra amministrazione – avviene ancora con riferimento alla produzione-erogazione dei servizi, mentre lo stato di salute e di benessere della popolazione e la sua evoluzione rimangono per lo più dati estranei ai processi programmatici.

Nell'organizzazione «multilivello», dunque, le politiche di settore assumono anch'esse carattere multilivello e gli strumenti di azione e di programmazione devono conformarsi alla nuova realtà ordinamentale, pena un'irresistibile tendenza all'obsolescenza, all'inefficacia. E il welfare ha assunto una conformazione più complessa, poiché è co-

stituito non solo dall'organizzazione di apparati che rendano i diritti sociali individuali concretamente esigibili, ma anche da meccanismi redistributivi di risorse finanziarie destinate ai singoli territori, capaci di innescare progetti di riforma e di sviluppo e che appaiono fondati sulla solidarietà intesa come fonte di coesione e di sviluppo territoriale.

3. Tra standard e differenziazione: il dilemma del welfare municipale. Federalismo fiscale e finanziamento del welfare

Come anni fa osservò Giuliano Amato, l'espansione del welfare, per molto tempo e comunque fino agli anni '70, ha determinato una spinta egualitaristico-redistributiva che ha finito per rafforzare gli apparati centrali di governo: tale spinta è facilmente verificabile, come si è detto, guardando all'evoluzione istituzionale dei federalismi «storici», i cui processi di «centralizzazione» sono progrediti di pari passo con l'assunzione da parte delle rispettive federazioni dei più importanti compiti redistributivi e di welfare (Baldi, 2003).

Questo paradigma spiega tutte le difficoltà e le contraddizioni che ha incontrato il nostro paese a partire dai primi anni '70, quando, pressoché contestualmente, ha avviato un processo di decentramento regionale, istituendo le regioni «ordinarie» e affidando loro importanti compiti di welfare, ad iniziare dalla sanità e dall'assistenza sociale, proprio mentre stava riformando la finanza pubblica e soprattutto il prelievo fiscale, che venne organizzato secondo modalità particolarmente centralizzate, funzionali ad una redistribuzione e ad un welfare «governati dal centro», le cui uniche concessioni alle istanze di decentramento erano offerte dai meccanismi programmatori a cascata ereditati dalla legislazione sulla programmazione economica della fine degli anni '60 e dall'istituzione di numerosi organismi di co-amministrazione o co-decisione tra stato e regioni, che costituiscono il nucleo storico della conferenza stato-regioni e nella quale sin dal 1997 sono ormai pressoché tutti confluiti (Torchia, 1998).

Le contraddizioni innescate da tale meccanismo istituzionale si sono accentuate nei decenni successivi, specie dal momento in cui la spinta comunitaria verso lo «stato leggero», imposta dai rigidi parametri di convergenza stabiliti dal Trattato di Maastricht e dall'adesione al progetto di moneta unica, hanno imposto al paese una terza, apparentemente decisiva, ondata di trasferimenti di funzioni dal centro verso la periferia, realizzatasi con le riforme Bassanini (il cosiddetto federali-

simo a Costituzione invariata) e poi con la riforma del Titolo V della Costituzione.

La terza ondata di trasferimenti di funzioni e il Titolo V hanno, sulla carta, consegnato alle regioni e agli enti locali le «chiavi» del welfare, dando dunque per scontata la possibilità di una, anche notevole, differenziazione dei livelli di welfare stesso (per lo meno di quello alla persona) da regione a regione, da territorio a territorio: nel contempo, accogliendo un principio di chiara derivazione comunitaria, il nostro paese ha fatto proprio il principio di sussidiarietà verticale, in forza del quale, almeno in teoria, tutte le funzioni amministrative sono affidate ai comuni (art. 118 Cost.).

Questa, dunque l'origine del cosiddetto welfare municipale (Ferioli, 2003): gli enti locali, specie i Comuni, sono stati destinatari, nella seconda metà degli anni '70, di un complesso di trasferimenti di funzioni che li hanno effettivamente messi in condizione – e talora nella necessità – di governare i processi di welfare del loro territorio, più in generale di assumere un ruolo trainante nel riordino dei servizi pubblici locali, che del welfare alla persona costituiscono una parte decisiva, in ciò favoriti dalle incertezze di stato e regioni nell'assumere a loro volta simile iniziativa.

Naturalmente il fenomeno si presenta estremamente variegato e differenziato, come ogni fenomeno che si sviluppa nel contesto dell'autonomia e risulta condizionato da molteplici fattori: intanto le dimensioni dei comuni (essendo ben diversa la situazione dei capoluoghi da quella dei migliaia di piccoli enti che caratterizzano il nostro paese); la capacità regionale di elaborare e condurre politiche di riassetto territoriale e di riordino del sistema regionale dei servizi; il maggior o minor ritardo con cui le regioni hanno saputo affrontare la riforma dei servizi sanitari (riforma Bindi del 1999) e assistenziali (legge 328/2000); il grado di integrazione e di «leggerezza» (o di accentramento, se si preferisce) di ciascuna regione; la presenza di un più o meno sviluppato sistema di aziende ex municipalizzate che abbia saputo espandere la propria azione anche verso i servizi assistenziali.

Quello che impressiona, specie guardando all'assistenza sociale, è la ricchezza e la varietà dei tentativi che i comuni, spesso associati, talora in raccordo con le rispettive Asl, hanno posto in essere, specie nel Centro-Nord, al fine di integrare e riorganizzare i servizi propri del welfare assistenziale e alla persona: non sempre questi tentativi sono stati guidati dai rispettivi interventi regionali di riforma e/o di sperimentazione di un diverso e più integrato assetto dei diversi servizi sa-

nitari (specie la cosiddetta medicina territoriale), socio-sanitari e sociali; ed è interessante rilevare che il frequente «ritardo» regionale (fatte le debite eccezioni, come per la Toscana) costituisce il riflesso, nel settore del welfare alla persona e alla famiglia, di un più generale ritardo con cui le nostre regioni hanno assunto e stanno assumendo la regia del riassetto del welfare, che oggi, in larga misura e specie per quanto riguarda i servizi alla persona, è ormai pressoché interamente trasferito alle regioni quanto a competenze legislative.

Nel nuovo Titolo V le istanze di «unità» (la spinta egualitaristico-redistributiva naturalmente connessa alla funzione redistributiva propria del welfare, che spinge verso l'esigibilità individuale dei diritti di cittadinanza in cui il welfare si sostanzia) sono affidate unicamente alla funzione legislativa statale di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, c. 2, lett. *m* Cost.), norma dall'incerto contenuto precettivo, oggi talora interpretata (più correttamente, a parere di chi scrive) quale presupposto per l'istituzione di strumenti generali di misurazione e di garanzia delle prestazioni comunque esigibili (ma che poco hanno a che fare con la funzione legislativa in senso proprio), e talaltra quale fonte di un intervento normativo statale capace di far riassumere allo stato centrale competenze legislative e comunque regolative in materie altrimenti attribuite alla competenza regionale.

Il federalismo fiscale, solo vagheggiato nel nuovo art. 119 Cost., avrebbe dovuto completare tale quadro, fornendo i presupposti per raggiungere il necessario equilibrio tra istanze rivolte alla «territorializzazione» del potere impositivo, valorizzando le autonomie anche sotto il profilo fiscale, e istanze dirette alla redistribuzione della ricchezza in favore delle aree meno fortunate.

Che la nostra classe politica non fosse matura per gestire con successo una simile epocale riforma, che certo richiede un impegno destinato a non esaurirsi nell'arco di una legislatura, era abbastanza evidente: da questo complesso interagire di fattori è infatti scaturito un quadro irto di contraddizioni e, specie tra il 2001 ed il 2005, del tutto privo di «regia», vivendo quegli anni nella perenne attesa di una *devolution* che avrebbe escatologicamente risolto ogni contraddizione, ma che mai, come noto, è stata realmente voluta dalla maggioranza che pure la predicava mediaticamente; né, senza profondi rivolgimenti del quadro regolativo e istituzionale di ciascun settore di welfare, appare oggi agevole mettere mano al riordino del sistema.

Prima di trarre alcune indicazioni in positivo sui possibili scenari isti-

tuzionali del nostro welfare, è però necessario offrire qualche elemento di riflessione preliminare sul tema del finanziamento delle politiche di welfare, il cui assetto, in un contesto «federale» o comunque di «forte regionalismo», costituisce un elemento decisivo per qualsiasi politica pubblica di tipo redistributivo.

Astrattamente, la più razionale forma di redistribuzione si ottiene mediante la costruzione di un sistema fiscale totalmente centralizzato, che consenta, sulla base di politiche redistributive di servizi di tipo universalistico finanziate dalla risorsa centralizzata e organizzate dal centro, di operare una redistribuzione puramente individuale, basata sui bisogni individuali, che escluda qualsiasi forma di differenziazione territoriale.

Naturalmente, una volta costruiti sistemi maturi di decentramento politico su base territoriale, simile forma di finanziamento e erogazione del welfare diventa problematica, e si scontra con l'autonomia costituzionalmente garantita, che suppone il riconoscimento di un certo grado di autonomia finanziaria, ma anche impositiva e comunque di spesa in capo agli enti «autonomi».

I due principali welfare universalistici del nostro paese, quello sanitario e quello scolastico, si scontrano con tale problematica: per l'istruzione pubblica, che grava pressoché interamente sulle entrate fiscali statali e che ha un limitato apporto di risorse da parte regionale (l'istruzione professionale, il diritto allo studio) e locale (l'edilizia scolastica), rimane problematico attuare il disegno decentratore previsto dalla «legge Bassanini» e l'integrazione con le politiche regionali e locali (pochi forse sanno che solo in alcune regioni speciali si prevede, ad es., una contrattazione collettiva decentrata per il corpo insegnante).

Per la sanità, il decentramento realizzato sin dalla legge 833/1978 si scontra strutturalmente con un meccanismo di finanziamento pressoché interamente affidato allo stato (una percentuale rilevante dell'Iva, circa il 37%, è destinata a finanziare la sanità): il riparto di tale fondo tra le regioni diviene così il principale nodo del controllo sulla spesa, mentre un decentramento di tale fondo (previsto dalle riforme del 1999-2001, ma mai effettivamente attuato) si scontra con la grande diversificazione e il diverso grado di attuazione, nelle varie regioni, delle riforme dirette a razionalizzare e rendere selettiva la spesa sanitaria (chiusura di piccoli ospedali, integrazione tra sanità territoriale e welfare assistenziale, ecc.).

Certo è che la «territorializzazione» del welfare non può essere disgiunta dalla problematica del cosiddetto federalismo fiscale, mediante

una riforma che risolva le contraddizioni innescate dalla crescente territorializzazione delle risorse fiscali, grazie alla quale una quota crescente dei proventi derivanti dalla imposizione fiscale operata sul territorio di ciascuna regione (già destinata allo stato e da questo redistribuita senza tenere conto del fattore territoriale) viene destinata a finanziare la spesa pubblica di quel territorio (cosiddetta compartecipazione regionale ai tributi statali): alle contraddizioni innescate da tale processo, che, storicamente, va di pari passo con lo sviluppo dell'autonomia politica territoriale, si può porre rimedio unicamente mediante la previsione costituzionale dell'obbligatorietà dell'istituzione di fondi perequativi o di «solidarietà», a mezzo dei quali i territori più ricchi e sviluppati destinano una parte delle risorse fiscali da essi prodotte, come previsto dall'art. 119, c. 3, Cost. e avviene ormai da anni in tutti i «federalismi» storici.

La perequazione diviene così il tema centrale del dibattito politico: nei paesi dove più forte è il decentramento e dove il federalismo ha da tempo assunto un assetto «competitivo» la scena delle politiche pubbliche è infatti dominata dalla discussione circa il fattore perequativo territoriale; gli enti intermedi (corrispondenti alla nostre regioni, per intenderci, comunque essi si chiamino) si dividono conseguentemente in «datori» e «prenditori» (dei fondi di perequazione) e, conseguentemente, il saldo di tale redistribuzione determina la loro quota di «solidarietà», che può essere attiva o passiva (ma mai entrambe le cose insieme). È, in realtà, un quadro che ben conosciamo, poiché annualmente – specie dopo l'allargamento dell'Europa a 25 – si è appena proposta e si riproporrà in ambito europeo in ordine alla ripartizione della contribuzione e della distribuzione dei fondi strutturali e regionali: è del tutto plausibile che simile problematica si trasferisca presto in ambito «nazionale», poiché l'effetto tipico della «territorializzazione» del gettito dei tributi è quello di trasformare in un problema di rapporti tra enti territoriali un problema che, storicamente, divide i soggetti impositivi per gruppi e per fasce di reddito, secondo logiche non territoriali.

Fino alle recenti riforme, nel nostro paese per le regioni ordinarie solo una piccola parte delle entrate fiscali «statali» veniva assegnato direttamente alle regioni, mentre la rimanente parte era incamerata dallo stato e riservata ai suoi meccanismi redistributivi, mediante il welfare erogato direttamente dallo stato, e distributivi, mediante l'assegnazione dei vari «fondi» alle regioni, per il welfare erogato dal sistema delle autonomie. Questo quadro è reso più complesso dalla circostanza

za che, a difesa dell'autonomia regionale e locale, la Corte costituzionale italiana ha da molti anni chiarito che, nelle materie concorrenti ed esclusive regionali, lo stato non dovrebbe mai assegnare a regioni e autonomie locali fondi «vincolati» ad una determinata spesa (cfr. ad es., da ultimo, sent. n. 231/2005, sent. n. 370/2003, in tema di fondi per gli asili nido, sent. n. 49/2004, sent. n. 16/2004); mentre le riforme del 1999-2001 (dalla legge 133/1999 al d.lgs. 56/2000) prevedono – ma ad oggi sono state attuate solo parzialmente, specie per la sanità – che la quota delle entrate tributarie statali assegnata alle regioni (cosiddetta compartecipazione) crescesse sino al 25% circa del gettito Iva del rispettivo territorio, salvi gli aggiustamenti in aumento resi necessari dai trasferimenti di funzioni allora appena operati dalle riforme Bassanini.

Ed è proprio in tale graduale meccanismo di «territorializzazione» delle risorse che si annida l'odierna crisi della solidarietà, che ha dunque assunto, a complicare la tradizionale problematica fiscale della redistribuzione di tipo individuale o familiare, una dimensione anche territoriale e collettiva, sulla quale, come è ben noto, prosperano movimenti politici che della «rivolta fiscale» contro la solidarietà territoriale (e anche individuale, peraltro) fanno la loro bandiera.

Due ulteriori fattori, del resto, rendono più incerto il quadro appena sinteticamente delineato.

Da un lato, l'estensione al sistema delle autonomie territoriali e non territoriali degli obblighi di razionalizzazione e contenimento della spesa connessi al patto di stabilità europeo a sostegno della moneta unica: i vincoli di ordine contabile e di bilancio si traducono, in realtà, in vincoli di spesa per superare i quali occorre porre mano a forme di razionalizzazione della spesa che, nel caso del welfare, determinano la necessità di introdurre meccanismi fortemente selettivi di redistribuzione che alcuni settori del nostro welfare continuano ad ignorare (ad es., i meccanismi di assegnazione degli alloggi popolari, consentendo il mantenimento a tempo indeterminato e, a certe condizioni, addirittura l'ereditarietà del beneficio, consentono di utilizzare una piccolissima percentuale di alloggi pubblici per far fronte alle emergenze abitative: un meccanismo selettivo nel welfare abitativo dovrebbe implicare una relativa temporaneità delle assegnazioni, in modo da consentire una più forte rotazione degli alloggi, avviando gradualmente i beneficiari verso forme di acquisto agevolato dell'abitazione stessa).

Dall'altro, si pone la delicata questione dell'autonomia impositiva: per anni, regioni ed enti locali hanno rivendicato autonomia impositiva,

che hanno vissuto quale proiezione dell'autonomia politica e organizzativa. Nel corso degli anni '90 del secolo scorso tale autonomia si è gradualmente concretizzata, costituendo la principale fonte di finanziamento (specie per le autonomie locali) del welfare locale. Sul medio-lungo periodo questa autonomia impositiva sta tuttavia dimostrando i suoi limiti oggettivi, in quanto il ricorso all'uso delle risorse impositive «proprie», espressione di tale autonomia costituzionalmente garantita, non inserito in forme più mature e stabili di coordinamento tra le fiscalità statale e decentrata, determina il carattere «aggiuntivo» dell'imposizione locale; carattere che mal si concilia con la mancata diminuzione – nonostante i trasferimenti di funzioni e compiti verso il sistema delle autonomie operato tra il 1997 e il 2000 dalle riforme Bassanini – del peso dell'imposizione fiscale statale destinata ad alimentare la spesa pubblica statale, determinando un'insopportabile pressione fiscale sulle famiglie. Ed ancor più paradossale è che, tra il 1997 e il 2005, la spesa pubblica statale, nonostante i tanti trasferimenti di funzioni operate tra il 1998 e il 2001, è cresciuto invece di diminuire (Macciotta, 2007).

4. Ricomponendo il quadro istituzionale del welfare: le linee di una riforma istituzionale del welfare

Come i pezzi di un puzzle, i vari fattori che, in un contesto di avanzata integrazione europea e di altrettanto avanzata globalizzazione e nel loro intrecciarsi e sovrapporsi, condizionano le politiche di welfare dal punto di vista istituzionale poco sopra esaminati devono essere pazientemente ricomposti e riordinati: si tratta, insomma, di riordinare in un sistema i vari aspetti della complessità per tracciare, anche in positivo, le possibili linee di sviluppo degli istituti di welfare del nostro paese, al fine di restituire loro una razionalità e una effettiva capacità di rispondere ai bisogni di aiuto che, se non soddisfatti, impediscono una piena cittadinanza.

In primo luogo, è necessario tenere conto del complesso dei condizionamenti che, nell'ambito di un sistema «multilivello» di governo, esercitano sulle istituzioni del welfare e sui contenuti delle relative politiche le istituzioni europee e le loro politiche.

Non c'è dubbio che le compatibilità economiche e monetarie del nostro welfare hanno ormai dimensione europea, anche se è difficile comprendere se e quando le indicazioni desumibili dal testo di Trat-

tato sulla Costituzione europea in ordine al coordinamento delle politiche sociali dei paesi membri diventeranno una forma di condizionamento e di almeno indiretta armonizzazione (essendo esclusa per il momento un'armonizzazione diretta, mediante atti legislativi) delle politiche settoriali di welfare di ciascun paese: il congelamento della Costituzione europea rinvia ad un futuro incerto tale profilo dell'attività comunitaria.

Il condizionamento è dunque soprattutto indiretto, ed è materialmente costituito per ora soprattutto dal complesso di misure connesse al patto di stabilità europeo e al rispetto dei parametri di convergenza di Maastricht. È però facile preconizzare che il sistema del welfare costituisce un elemento essenziale di quella «economia sociale di mercato fortemente competitiva» che le istituzioni europee si sono assunte il compito di promuovere e mantenere. In questo senso, i sistemi di sicurezza sociale costruiti nel tempo nei vari ordinamenti europei rispondono ad una forma di solidarietà diffusa che della tradizione politica e culturale europea costituisce, probabilmente, l'elemento più caratteristico e qualificante: non è dunque difficile immaginare una graduale crescita dei compiti di coordinamento, se non di diretta armonizzazione, dei sistemi nazionali di welfare in capo alle istituzioni europee.

È invece già ampiamente operante, come si è detto, una politica europea di redistribuzione territoriale di aiuti finanziari che, in concreto, costituiscono senz'altro un'occasione di sviluppo del welfare a condizione che gli attori principali dei fondi strutturali e regionali (regioni ed enti locali) sappiano cogliere le relative opportunità, attrezzandosi allo scopo specie quanto a capacità di progettazione, costruzione di forme di partenariato, capacità di elaborare programmi di medio – lungo termine; condizioni indispensabili perché tali opportunità possano essere colte appieno, valorizzando le potenziali interrelazioni delle politiche di coesione con i programmi «interni» di welfare. Questa forma di redistribuzione, ispirata alla logica della coesione sociale, costituisce peraltro un'importante forma alternativa di solidarietà, che non sostituisce ma si affianca al tradizionale welfare erogativo di servizi.

Ancora ai fattori di dimensione europea deve ricondursi un'altra forma di condizionamento che nasce dalle politiche europee in tema di «servizi»: il principale effetto di tali politiche è costituito dalla sempre più netta separazione tra servizi di tipo «industriale», per i quali la normativa comunitaria ha imposto sempre più stringenti logiche «di mercato», dai servizi sociali e alla persona, per i quali la direttiva sulla

liberalizzazione dei servizi, di recente emanata (direttiva n. 2006/123, del 12.12.2003, già nota come «Direttiva Bolkenstein» dal nome del commissario europeo che ne propose l'adozione), sembra invece confermare un regime largamente pubblicistico dei principali servizi di welfare, sì da rendere la «liberalizzazione» a suo tempo tanto temuta scarsamente influente sulle istituzioni del welfare «interno» alla persona. Una sempre più netta distinzione tra i due settori dei servizi pubblici scoraggia, semmai, la possibile estensione all'intervento nel settore del welfare alle persone da parte delle aziende «multiservizi», che i comuni hanno a suo tempo istituito per fornire i servizi (chiamati ora di tipo «industriale») secondo logiche aziendalistiche e che da essi si vanno lentamente allontanando (troppo lentamente rispetto a quanto vorrebbe l'Ue), ma che sarebbero tra le candidate naturali a fornire il supporto per una gestione aziendalistica e dunque più efficiente dei servizi alla persona; se questo orientamento ha dato, qua e là per il paese, qualche esempio pratico che poteva costituire un'interessante paradigma, non c'è dubbio che le normative di derivazione comunitaria sui settori dei servizi «industriali» e i processi di privatizzazione che tali normative impongono consigliano oggi, semmai, la costruzione di aziende (o società o quel che sia) destinate esclusivamente ai servizi alla persona, che costituiscono senz'altro una possibile risposta all'esigenza di razionalizzare e aziendalizzare la produzione e l'erogazione dei connessi servizi, per lo meno di quelli la cui produzione grava attualmente sui comuni.

Ma la logica del «multilivello» non può non condizionare anche la ripartizione dei compiti tra stato, regioni e autonomie locali. Nel quadro di un forte regionalismo che il nuovo Titolo V ha sancito costituzionalmente, dopo i trasferimenti di funzioni operati tra il 1997 e il 2000, gli elementi di novità si possono così riassumere:

- a) da un indirizzo collaborativo e cooperativo conseguente all'equiordinazione dei vari elementi – stato, regioni, enti locali – che compongono la Repubblica (art. 114 Cost.), e che dovrebbero far privilegiare meccanismi di relazione, integrazione e cooperazione, piuttosto che di separazione, tra i livelli di governo stessi;
- b) dal ruolo assegnato ai Comuni, perno del nostro modello di «federalismo di esecuzione», per cui la totalità delle funzioni amministrative dovrebbe essere allocata presso tale ente come il soggetto di governo più vicino ai cittadini, secondo la logica di sussidiarietà verticale che abbiamo «importato» dall'esperienza comunitaria (art. 118 Cost.);
- c) dal conseguente ruolo soprattutto regolativo e allocativo di risorse

che dovrebbe competere alle regioni nei vari settori di welfare assegnati alla loro competenza concorrente e esclusiva (art. 117, c. 3 e 4, Cost.), con la conseguente necessità di una forte integrazione tra amministrazione regionale e amministrazioni locali (che tuttavia solo alcuni nuovi statuti regionali, come quelli di Toscana ed Emilia Romagna, propugnano e disegnano in modo adeguato);

- d) da una funzione di garanzia degli standard prestazionali minimi corrispondenti ai diritti sociali quale funzione qualificante dell'intervento statale nel welfare assistenziale (art. 117, c. 2, lett. *m*, Cost.).

A ben vedere nessuna delle nostre istituzioni di welfare risponde a tali requisiti istituzionali, neppure quelle di più recente riassetto, come l'assistenza sociale riformata dalla legge 328/2000: ma non è certo un mistero che ormai da qualche anno – senza con ciò escludere l'opportunità di rivederne qualche aspetto più contraddittorio – il Titolo V attende di essere «attuato», specie nella legislazione statale.

Peraltro la riforma del welfare non è solo una questione di adeguamento della legislazione statale all'assetto istituzionale previsto dal nuovo Titolo V, bensì una questione di contenuti delle relative politiche: ripensare le politiche di welfare significa soprattutto pensare «universalistico», operare la saldatura tra organizzazioni (pubbliche o «liberalizzate» che siano) mirate alla erogazione delle varie prestazioni con l'esigibilità dei principali diritti sociali costituzionali, coniugando organizzazione del welfare e diritti sociali. Come si è già osservato, non è detto che tale compito spetti esclusivamente alla legislazione statale, poiché esistono importanti settori di welfare (sanità, assistenza sociale, casa, per dire dei principali) affidati ormai da tempo alla competenza legislativa regionale «esclusiva». Comunque sia, costruire meccanismi di erogazione dei servizi di welfare in forma universalistica, garantiti da risorse stabili nel tempo, costituisce l'unico strumento oggi possibile al fine di assicurare l'effettiva esigibilità dei diritti sociali, rendendo concreti i diritti di cittadinanza e garantendo il *right to welfare*, per usare la nota espressione di Thomas Marshall.

Ciò non significa certo negare le compatibilità economiche e finanziarie, principalmente di derivazione europea, che impediscono la riedizione di un welfare puramente incrementale, fondato sull'aspettativa di una crescita costante della ricchezza e della conseguente possibilità di finanziare la sua espansione: il welfare dell'era della globalizzazione è soprattutto un welfare selettivo, dove selettività significa, per un verso, capacità di rispondere ai bisogni mediante percorsi di inclusione e cittadinanza ricalcati sull'effettiva dimensione del bisogno e, per

altro verso, un welfare estremamente flessibile, capace di valutare e articolare, caso per caso, e dunque «differenziando» proporzionalmente i trattamenti, priorità e temporalità degli interventi.

Ma un simile welfare, dal punto di vista istituzionale, è prima di tutto, un welfare «decentrato», poiché la sua effettiva selettività, come appena definita, può nascere solo dalla sua capacità di «lavorare per progetti» calibrati sulle domande di cittadinanza che provengono dai cittadini, mediante la costruzione di percorsi di cittadinanza, di inclusione, che richiedono, ad un tempo, integrazione degli interventi (non potendo i percorsi di cittadinanza essere burocraticamente distinti in settori di organizzazione e intervento, quali assistenza sociale, casa, tutela della salute, ecc.), e integrazione operativa dei soggetti erogatori di tali interventi.

Specie nel campo dell'assistenza sociale, quest'ottica richiede un generale ripensamento degli strumenti operativi: è relativamente facile, dopo quel che si è detto, elencare le possibili caratteristiche di siffatta riforma:

- a) restituzione ai comuni, singoli e/o associati, in relazione alle loro dimensioni, del ruolo di regia e di responsabilità del welfare alla persona e della sua programmazione; il modello della conferenza dei sindaci (e/o assessori) dei comuni associati dovrebbe assumere la responsabilità della *governance* del sistema del welfare alla persona, secondo un paradigma che si è ormai diffuso nei servizi di tipo industriale, ma che, nel sociale e nel sanitario ha applicazione contraddittoria e, spesso, solo apparente, formale;
- b) integrazione delle organizzazioni deputate ad erogare le varie forme di welfare alla persona, attualmente separate secondo logiche dipartimentali e settoriali (ad es., medicina territoriale affidata alle Asl, assistenza sociale ripartita tra welfare monetario statale, nelle sue varie articolazioni, e assistenza sociale dei comuni, compiti di assistenza socio-sanitaria affidati prevalentemente alle Asl, servizio di edilizia residenziale pubblica e sociale affidato alle regioni e da queste alle loro aziende regionali, diritto allo studio affidato alle regioni e alle loro aziende, ecc.), attribuendo ad un'unica organizzazione, comunale o sovracomunale, i compiti di individuazione e l'ascolto dei bisogni e la progettazione dei percorsi individuali e collettivi di salute e benessere dei cittadini, e, ad un tempo, la programmazione dei relativi interventi, indipendentemente dal tipo di organizzazione cui sono affidati i compiti puramente produttivi dei singoli servizi, che possono mantenere la forma ormai nel tempo consolidata;
- c) introduzione nell'organizzazione di tale funzione di una forte ca-

pacità programmatica avente carattere circolare, in modo che la definizione dei progetti, necessariamente allocata presso le strutture operative territoriali, organizzate in forma di «sportelli unici», si integri con le funzioni di indirizzo e di redistribuzione affidate alla programmazione regionale dei compiti di salute e di benessere e si confronti con gli standard prestazionali predeterminati dallo stato, abolendo ogni forma di programmazione «a cascata» conseguente ad una gerarchia di strumenti programmatici;

- d) garanzia dell'universalismo di tale intervento mediante l'assegnazione di quote stabili di risorse derivanti dalla fiscalità generale che consentano un'effettiva programmazione pluriennale degli interventi; con la precisazione che, ove tali risorse siano «territorializzate» (nel senso sopra precisato) esse dovrebbero essere conglobate in un fondo generale di settore, analogamente a quanto avviene per la sanità;
- e) introduzione di forme di verifica della programmazione e dei risultati dell'azione svolta che partano da un quadro conoscitivo complessivo dello stato di salute e di benessere di ciascun territorio, che unifichi le conoscenze del territorio e dei suoi cittadini accumulate in ambito locale e lo renda processuale, capace di cogliere anche le dinamiche evolutive di ciascun territorio;
- f) la partecipazione del terzo settore (volontariato, associazionismo, cooperazione, fondazioni bancarie) e il suo coinvolgimento, insieme alle famiglie degli utenti, non solo nella erogazione-produzione o nel finanziamento dei servizi ma anche nell'attività programmatica;
- g) istituzionalizzazione di un nuovo modo di amministrare il welfare alla persona, fondato sull'integrazione orizzontale dei molteplici servizi (o dipartimenti o aziende o quel che siano) settoriali, ciascuno competente a produrre o erogare una parte e una parte soltanto del welfare, nell'azione di programmazione unitaria e integrata delle azioni, come nella fase di individuazione, ascolto e progettazione degli interventi; si tratta di dare «orecchie» e «testa» ad un variegato insieme di soggetti istituzionali che, attualmente, erogano servizi alla persona in modo autonomo e frammentato, secondo logiche e indirizzi diversi, che possono anche rimanere organizzativamente «separati», ma che devono essere ricondotti ad una visione unitaria e integrata; cancellando, semmai, tutta la regolamentazione che consente alle singole parti del sistema di non agire sistematicamente e unitariamente, secondo percorsi integrati

di cittadinanza, e selettivamente, nella consapevolezza della limitatezza delle risorse disponibili;

- h) immediata abolizione delle forme di assistenza monetaria centralizzata (gli assegni individuali), che del welfare assistenziale costituiscono la parte più rozza e meno selettiva, attribuendo le relative risorse a regioni ed enti locali al fine di implementare la progettazione e l'esigibilità individuale di servizi effettivamente corrispondenti ai bisogni.

Una simile prospettiva riformatrice non significa gettare a mare la legge 328: di essa si è generalmente detto ogni bene e, segnatamente, che ha il grande merito di aver spostato l'attenzione dal punto di vista di chi eroga i servizi verso il punto di vista del destinatario dei servizi, con l'attenzione ai «livelli di prestazione». Rimane il fatto che, attualmente, essa non appare «istituzionalmente» in sintonia con il nuovo Titolo V, che nessuno sa dire con esattezza quale sia la spesa complessiva per le forme di assistenza a carico dello stato (il sistema di assegni individuali, o welfare cosiddetto monetario) e quale sia la spesa per l'assistenza a carico degli enti locali (nonostante esista una normativa statale tendente ad unificare i criteri di redazione dei bilanci comunali, la raccolta e la gestione dei dati risulta problematica), che i servizi di medicina territoriale e i servizi socio-sanitari, affidati a suo tempo alle Asl, seguono logiche prestazionali molto diverse, che l'integrazione con altri settori del welfare alla persona è inesistente, che non si prevede alcuna forma di finanziamento stabile del complesso degli interventi che pure la legge prevede come obbligatori.

Certo, rimane il problema, più volte segnalato, di stabilire se un simile intervento riformatore sia possibile con una legge statale, ovvero se, ormai, un simile compito debba essere demandato alle regioni, e dunque un coordinamento generale del welfare alla persona sia ancora possibile. La risposta, a parere di chi scrive, è senz'altro positiva: è possibile che lo stato intervenga con una legge di riforma ispirata a tali principi, ma lo può fare solo con una legge di (veri) principi di riforma economico-sociale; un tipo di legge che, da qualche anno, lo stato, assetato di neocentralismo, non sembra più saper produrre. Ciò che interessa, d'altra parte, non è una soluzione quale essa sia al problema, ma una soluzione coerente coi ruoli propri di ciascun livello di governo, come definiti dal nuovo Titolo V.

Non c'è dubbio, peraltro, che l'integrazione tra assistenza sociale, assistenza socio-sanitaria e medicina «territoriale» debba essere demandata alle regioni, poiché i sistemi sanitari regionali si sono ormai pro-

fondamente differenziati, e tra alcuni modelli realizzati (si pensi, l'uno all'estremo opposto dell'altro, al sistema sanitario della Lombardia e a quello della Toscana) esistono differenze, anche «ideologiche», ormai incolmabili, che solo le singole regioni possono dunque efficacemente governare per assicurare quel tanto di integrazione tra compiti di salute e compiti di benessere che si è andati postulando in queste note.

Un'ultima notazione. A molti parrà che le soluzioni qui indicate siano calibrate sul «modello toscano» di welfare assistenziale, quantomeno per la parte di tale modello, peraltro ancora in via di sperimentazione, costituito dalle «Società della salute» e dai Piani integrati di salute (Pis): è senz'altro un'obiezione fondata, ma con la precisazione che il modello qui vagheggiato trae origine proprio dalla riflessione sui limiti della sperimentazione toscana e dunque tende, piuttosto che ad esportare un modello, a riflettere, e a far riflettere – questo quantomeno l'auspicio – sulle possibili soluzioni ad un problema antico quanto irrisolto.

I livelli essenziali delle prestazioni, tra erogazioni monetarie e servizi

Emanuele Ranci Ortigosa

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

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

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

1. Distribuzione delle competenze in campo sociale e sanitario

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

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

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

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

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

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

2. La necessità di integrazione socio-sanitaria

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

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

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

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

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

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

3. I livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Le prestazioni, tra erogazioni monetarie e servizi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo *in fieri*

Elena A. Ferioli

1. L'evoluzione delle politiche sociali e sanitarie tra spinte «centripete» e processi «centrifughi»

Storicamente la realizzazione dello stato sociale ha determinato, negli ordinamenti giuridici contemporanei, processi di accentramento di poteri e funzioni nel governo centrale, ritenuto in grado di fornire una migliore garanzia di stabilità e universalizzazione delle prestazioni sociali, rispetto agli enti territoriali sub-statali. Questa tendenza «centripeta» delle politiche connesse alla realizzazione dello stato sociale è stata rilevata, dalla dottrina costituzionalista, fin dagli anni '80 del secolo scorso, con particolare riferimento agli ordinamenti federali, evidenziando come in tali sistemi, politiche di solidarietà con finalità egualitaristico-redistributive abbiano tendenzialmente innescato processi di accentramento di poteri e funzioni nelle autorità federali, per la necessità di garantire, all'insegna dell'eguaglianza sostanziale, standard territorialmente uniformi nel soddisfacimento dei principali bisogni sociali dei cittadini¹.

Una medesima dinamica, del resto, si riscontra anche nei sistemi regionali, come quello italiano, in cui sino a tutti gli anni '80 del secolo scorso, le istanze di sviluppo e sostegno dello stato sociale si sono accompagnate a politiche di accentramento del sistema politico-amministrativo e tributario, nella convinzione che solo il mantenimento delle principali decisioni politiche, legislative e finanziarie presso le autorità centrali fosse funzionale alla realizzazione di un welfare universalistico.

Si pensi, per esempio, al modello di finanziamento delle funzioni regionali consolidatosi in quegli anni: un sistema basato sulla finanza derivata e la settorializzazione delle fonti di finanziamento, in cui i diversi settori di spesa di competenza regionale erano finanziati dallo Stato con fondi vincolati, soggetti alle incertezze delle rideterminazioni an-

¹ Si veda, a questo riguardo, sull'esperienza del welfare statunitense Amato, 1983 e, più recentemente, Pierini, 2003. Per una riflessione più generale sul rapporto tra federalismo ed eguaglianza sostanziale Ferrara, 2001.

nuali, in aperta elusione del dettato costituzionale che, all'art. 119 Cost., prevedeva invece una finanza regionale basata su tributi propri e quote di tributi erariali (Antonini, 2003a; 2003b).

Con tale politica non si ottenne tuttavia il principale obiettivo sperato, ovvero la distribuzione uniforme dei livelli di offerta e qualità dei servizi presenti nelle diverse aree del paese, lasciando così aperto il problema del forte grado di differenziazione territoriale dei servizi sanitari e sociali degli anni '70 e '80 (Fargion, 1997).

Lo scenario sopra descritto, a partire dagli anni '90, si è tuttavia avviato a profonde trasformazioni per effetto di due processi epocali di «crisi», o meglio di trasformazione politica, normativa, economica che hanno interessato molti degli ordinamenti statali europei: quello, ben noto, della «crisi» del welfare state, da un lato, e quello ugualmente assai dibattuto della «crisi» dello Stato nazionale così come consolidatosi sull'ordine di Westfalia (Caporaso, 2000; Pizzorusso, 2006; Pizzetti, 2004), dall'altro.

Se infatti lo stato sociale dei paesi occidentali ha cominciato a mostrare, già a partire dagli anni '70 e '80 del ventesimo secolo, limiti e criticità sia di ordine finanziario, che di efficacia nell'attuazione dei diritti sociali riconosciuti nelle costituzioni del secondo dopoguerra, l'intoccabile sovranità dello Stato nazionale, così come si era andata consolidando nel «sistema Westfalia», sembra essere progressivamente erosa dal processo di integrazione comunitaria e dalla globalizzazione dei mercati.

Pur con le inevitabili semplificazioni che l'analisi di processi politici e normativi tanto complessi impone, ci pare tuttavia di poter evidenziare che entrambe le tendenze evolutive sopra accennate abbiano avuto un ruolo importante nel dare impulso, o rinnovato vigore, a processi di trasferimento di poteri e funzioni dal centro verso la «periferia», collaborando a potenziare il grado di autonomia e decentramento territoriale degli Stati europei, con riguardo anche alle competenze relative al welfare, in particolare nei settori della sanità e dei servizi sociali.

Sotto il primo profilo, infatti, una cospicua letteratura, sia italiana che internazionale, ha da tempo sottolineato l'importante ruolo svolto dall'Unione Europea e dai suoi programmi di sviluppo nell'implementazione del decentramento politico, regionale e locale, di molti Stati europei (Borzel, 2001; Hooghe, Gary, 2001; Domenichelli, 2002; Pizzetti, 2002). In questo senso, si veda il lento cammino del decentramento francese e la devoluzione attuata dalla fine degli anni '90 nel Regno Unito, nonché il recentissimo processo di regionalizzazione avviato in Finlandia e i primi esperimenti di regionalismo della Svezia.

Se, con tutta evidenza, la spinta politica e le ragioni giuridico-costituzionali di tali riforme sono da ricercare non in un unico, ma in un insieme di fattori peculiari ad ogni realtà nazionale, non si può tuttavia trascurare tra questi un elemento comune e trasversale, rappresentato dalla necessità di adeguare l'articolazione territoriale interna degli Stati nazionali ai meccanismi propri della gestione dei fondi strutturali europei e alla cooperazione europea a livello regionale².

Se quindi l'ampliamento delle competenze comunitarie (e la corrispondente erosione di ambiti di sovranità nazionale) pare incidere sulla strutturazione interna degli Stati nazionali, favorendo processi di riallocazione del potere politico, normativo e amministrativo verso i livelli di governo sub-statali, parallelamente si può notare che anche la crisi del welfare state europeo pare aver innescato processi di «rarefazione» della dimensione nazionale delle politiche sociali, rivelando, da un lato, la sempre più ampia incidenza delle scelte adottate nelle sedi comunitarie sui sistemi di sicurezza sociale nazionale (Ferrera, 2005) e, dall'altro, incoraggiando, almeno in alcuni tradizionali settori del welfare europeo, quali la sanità e l'assistenza sociale, un processo di maggiore decentramento di poteri, funzioni e responsabilità, dalle autorità centrali verso gli enti politici territoriali sub-statali.

In effetti, a partire dall'ultimo decennio del ventesimo secolo, il trasferimento agli enti autonomi territoriali, regionali e locali, di competenze statali relative ad alcuni settori del welfare sembra una tendenza comune ormai a molti Stati europei, anche se in ciascun ordinamento, ovviamente, si sviluppa con caratteristiche e dimensioni peculiari, strettamente connesse con la forma di stato e il modello di welfare nazionale adottato (De Pietro, 2004; Polton, 2004; Moreno, 2004)³.

² Per una ricostruzione comparata del rafforzamento dei livelli di governo sub-statali negli Stati dell'Ue, si veda lo studio commissionato dal Comitato delle Regioni, 2004.

³ Concentrandoci sul comparto sanitario e su quello sociale, si consideri per esempio che in Francia, ordinamento dalla ben nota tradizione centralista, il controverso cammino delle riforme sul decentramento territoriale ha riguardato anche l'ambito delle competenze in materia di politica sanitaria e sociale, le quali, a partire dalla riforma del 1996, hanno visto crescere il ruolo dei dipartimenti (Lafore, 2004; Julienne, 2004; Comitato delle Regioni, 2004; De Pietro, 2004; Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, 2004). In Spagna, nel corso degli anni novanta, è cresciuto il ruolo delle Comunità autonome nella sanità, la quale è stata oggetto di un vero e proprio processo di regionalizzazione (Salgado, 2005; Meneguzzo, Corrado, Campero, Martín, 2001). Si veda, a questo

Riferendoci al nostro ordinamento, l'evoluzione del riparto delle competenze pubbliche in materia di sanità e servizi sociali denota un'evidente tendenza al decentramento verticale. I servizi sociali, grazie alla riforma costituzionale del Titolo V Cost., rientrano ormai nelle materie di potestà legislativa residuale regionale, mentre si è consolidato, anche grazie al federalismo amministrativo introdotto dalle leggi Bassanini alla fine degli anni '90 e alla legge quadro 328/2000, il ruolo comunale di programmazione e gestione della rete locale dei servizi (Ferioli, 2003).

Nella sanità, al ridimensionamento del ruolo comunale realizzato nei primi anni '90 dalla cosiddetta «seconda riforma sanitaria», si è contrapposta una forte spinta alla valorizzazione delle competenze amministrative e finanziarie regionali, anche attraverso la progressiva attuazione del federalismo fiscale di cui al d.lgs. 56/2000, che ha in parte anticipato alcuni aspetti della riforma costituzionale delle relazioni finanziarie tra centro e periferia (Antonini, 2003; Giarda, 2005; Caravita di Torritto, 2004; Muraro, 2001; Ferioli, 2005).

Questo processo di progressivo decentramento del welfare sociale e sanitario italiano pone tuttavia nuove criticità. In particolare Stato e Regioni debbono adeguarsi al nuovo ruolo che il decentramento delle politiche sociali e sanitarie loro impone, elaborando nuove strategie e utilizzando nuovi strumenti e funzioni per il perseguimento di un welfare sociale e sanitario che, benché decentrato nelle funzioni legislative, amministrative e finanziarie, rimane comunque ispirato ad un modello universalistico e improntato al principio egualitaristico-redistributivo di cui agli artt. 2 e 3 Cost.

2. Il controverso sviluppo del sistema di finanziamento delle politiche sociali

In questo difficile processo di adeguamento alle riforme degli anni '90 e alla revisione del Titolo V della Costituzione, uno dei principali nodi

riguardo, il caso della Catalogna, il cui recente nuovo statuto include tra le competenze esclusive regionali la sanità, in passato affidata a tale comunità autonoma solo per lo sviluppo legislativo e l'esecuzione della legislazione dello Stato (Iacometti, 2006). In Svezia i primi esperimenti di regionalismo hanno portato alla costituzione di regioni pilota che possiedono competenze, oltre che in materia di sviluppo economico, anche nell'ambito della sanità pubblica (Comitato delle Regioni, 2004).

problematici dei rapporti tra Stato e Regioni, nelle politiche di welfare, è costituito dal sistema di finanziamento dei servizi sociali.

L'istituzione del Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps), a partire dalla legge n. 449/1997 e poi con la legge n. 328/2000, è stato un passo importante per il miglioramento del finanziamento delle politiche sociali italiane in quanto, per la prima volta, confluivano in un unico fondo gli stanziamenti previsti da numerose leggi di settore, conferendo maggiore organicità e trasparenza al sistema, prevedendo un incremento programmato delle risorse, concentrando la competenza per la ripartizione del finanziamento nel Ministero della solidarietà sociale, sulla base della programmazione nazionale del sistema integrato dei servizi sociali.

Tuttavia il modello di finanziamento così delineato, impostato sul tradizionale disegno delle relazioni finanziarie tra Stato e Regioni basate su vincoli di destinazione interni alle risorse progressivamente confluite nel fondo, si è ben presto rivelato non più conforme alle nuove regole in materia di autonomia finanziaria regionale, introdotte dalla revisione costituzionale del Titolo V Cost.

Il nuovo testo dell'art. 119 Cost., infatti, stabilisce che le autonomie territoriali finanzino integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite mediante tributi ed entrate proprie, compartecipazioni al gettito dei tributi erariali riferibili al proprio territorio, nonché con trasferimenti provenienti da un fondo perequativo istituito dalla legge statale, trasferimenti che sono privi di vincoli di destinazione e destinati ai territori con minore capacità fiscale per abitante⁴.

Si sancisce così esplicitamente il superamento del tradizionale modello di finanziamento delle Regioni basato su trasferimenti statali provenienti dalla fiscalità generale con vincolo di destinazione, modello finanziario che può divenire, come ha chiarito la stessa Corte costituzionale⁵, uno strumento indiretto, ma pervasivo, di ingerenza dell'au-

⁴ L'art. 119, comma 5, Cost. prevede inoltre anche che lo Stato destina «risorse aggiuntive» e degli «interventi speciali» per promuovere una serie di finalità specifiche relative alla coesione e solidarietà sociale e alla tutela dei diritti. La dottrina costituzionalista tende però a sottolineare che tale disposizione farebbe riferimento a contributi economici tesi a finanziarie funzioni che non riguardano il normale esercizio delle funzioni attribuite a Regioni ed enti locali, e inoltre la stessa Corte costituzionale ha chiarito che tali interventi riguardano solo determinati enti territoriali e non la generalità del sistema delle autonomie (Corte cost., sentt. 370/2003, 16/2004, 49/2004, 243/2004).

⁵ Vedi Corte cost., sent. 77/2005.

torità centrale nelle funzioni regionali e locali, nonché mezzo di sovrapposizione di politiche e indirizzi deliberati a livello statale, capaci di imporsi a quelli legittimamente decisi dalle Regioni negli ambiti materiali di propria competenza.

In coerenza con il nuovo dettato costituzionale, nella legge finanziaria per il 2003 (legge n. 289/2002) sono stati soppressi buona parte dei vincoli di destinazione delle risorse progressivamente confluite nel Fnps⁶.

La medesima legge prevedeva anche la futura determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, con procedura analoga a quella prevista per la definizione dei livelli essenziali della sanità⁷.

Le due previsioni erano evidentemente strettamente connesse. Se infatti, nel nuovo quadro costituzionale, il potenziamento dell'autonomia regionale non consente più il sovrapporsi di vincoli statali sulle scelte di spesa delle Regioni nelle materie di loro competenza, l'unico modo per il potere centrale di svolgere la funzione di garante dei diritti sociali che ancora la Costituzione gli riconosce, e di evitare che il decentramento politico-territoriale nel welfare sociale e sanitario generi illegittime differenziazioni territoriali nell'attuazione dei diritti sociali, è quello di definire una soglia di uniformità nell'attuazione di tali diritti su tutto il territorio nazionale attraverso la determinazione di standard che ogni Regione sia vincolata a garantire.

Il nuovo quadro costituzionale, infatti, intende temperare il potenziamento del decentramento politico-territoriale dell'ordinamento con le istanze di uguaglianza e non discriminazione nella tutela dei diritti sociali riconosciuti nella prima parte della Costituzione, affidando al potere centrale il compito di determinare i livelli essenziali delle prestazioni da garantirsi su tutto il territorio nazionale (art. 117 Cost.), nonché il potere di sostituirsi ai livelli di governo inferiori che per qualche ragione non ne assicurino la tutela (art. 120, comma 2, Cost.). Alle medesime finalità perequative sono inoltre ispirati i principi che delineano le nuove linee del federalismo fiscale previsto dall'art. 119 Cost. e che spetta al legislatore statale attuare mediante un'apposita legge sul coordinamento della finanza pubblica.

Tuttavia, questo disegno è stato per il momento disatteso, non essen-

⁶ Con la sola eccezione degli stanziamenti destinati a soddisfare diritti soggettivi e gestiti dall'Inps e di una quota pari al 10% delle risorse destinata al «sostegno delle politiche della famiglia di nuova costituzione», quota vincolata poi dichiarata incostituzionale dalla Corte costituzionale con sent. 423/2004.

⁷ L. 289/2002, art. 46, comma 3.

do ancora stati definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali, né attuato per via legislativa l'art. 119 Cost. sul federalismo fiscale.

Ciò ha comportato, come conseguenza, una decisa involuzione delle relazioni finanziarie tra centro e periferia nelle politiche sociali, dovuta al fatto che lo Stato, non potendo assicurare una soglia di uniformità nell'offerta dei servizi sociali sul territorio nazionale tramite il controllo dell'adeguatezza delle prestazioni erogate nelle diverse Regioni ad un parametro nazionale uniforme quali i livelli essenziali, si è visto costretto a ricorrere ad un mezzo alternativo di controllo, quello sulla spesa regionale, utilizzando i finanziamenti di scopo per assicurarsi che in tutti i territori regionali certe risorse siano impiegate per la realizzazione di determinate prestazioni e servizi sociali.

Si è così assistito a partire dal 2003 alla reintroduzione di nuovi vincoli di destinazione per una parte delle risorse del Fnps⁸, e parallelamente, sono stati istituiti con le ultime leggi finanziarie ulteriori fondi settoriali, a destinazione vincolata, in ambiti afferenti i servizi sociali⁹.

In entrambi i casi si tratta di provvedimenti giudicati frequentemente illegittimi dalla Corte costituzionale in quanto il nuovo quadro costituzionale delle relazioni finanziarie tra «centro» e «periferia» vieta che in un settore di competenza legislativa regionale, come i servizi sociali, si prevedano interventi finanziari statali a destinazione vincolata, che non rientrano tra le fonti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.

⁸ Oltre al vincolo di una quota del 10% del Fnps per le famiglie di nuova costituzione, già previsto dalla legge finanziaria per il 2003 (l. 289/02), dichiarato incostituzionale con sent. n. 423/2004, si veda inoltre una serie di altre finalizzazioni di risorse del Fnps previste dalla Legge finanziaria 2004 (l. 350/2003), e dichiarate incostituzionali con sent. 423/2004. Si veda inoltre il vincolo di una quota del Fnps per promuovere le politiche giovanili finalizzate a favorire la partecipazione dei giovani sul piano culturale e sociale previsto dalla legge finanziaria per il 2005 (l. 311/2004), dichiarato incostituzionale con sent. 118/2006.

⁹ Fondo per gli asili nido, istituito dalla legge finanziaria per il 2002 (l. 448/2001), dichiarato incostituzionale con sent. 370/2003. Fondo di rotazione per la realizzazione di servizi di asili nido e micro-nidi nei luoghi di lavoro, istituito dalla legge finanziaria per il 2003 (l. 289/2002), dichiarato incostituzionale con sent. n. 320/2004. Fondo per il sostegno delle famiglie e della solidarietà per lo sviluppo socioeconomico e fondo per le comunità giovanili istituiti con la legge finanziaria per il 2006 (l. 266/2005), avverso i quali è pendente un ricorso presentato alla Corte costituzionale da alcune Regioni.

3. *La legge finanziaria 2007 e il «Fondo per le non autosufficienze»*

Anche la Finanziaria per il 2007, come le precedenti, fa ampio ricorso all'istituzione di numerosi fondi settoriali finalizzati che toccano le politiche sociali (Gori, 2007), prevedendo il finanziamento di interventi e servizi che, in alcuni casi, paiono rientrare nelle competenze regionali in materia. Si veda per esempio il riferimento all'istituzione del Fondo nazionale per le comunità giovanili¹⁰, già previsto in termini simili nella Finanziaria per l'anno 2006¹¹, o quello per le politiche della famiglia¹², che tra le altre finalità contempla un'intesa tra Stato e Regioni per la riorganizzazione dei consultori familiari, o infine il Fondo per l'inclusione sociale dei migranti¹³.

Rispetto alle manovre finanziarie precedenti si nota, tuttavia, una generale volontà dello Stato di rafforzare la leale collaborazione istituzionale con le Regioni e gli enti locali sui provvedimenti di utilizzazione delle risorse relative ai vari fondi, essendo frequentemente prevista l'adozione di un'intesa in sede di conferenza unificata, ai sensi della legge La Loggia.

Resta il fatto, comunque, che l'ampio ricorso all'istituzione di fondi settoriali, che creano percorsi di finanziamento alternativi a quelli previsti con il Fnps, ripropone le difficoltà di adattamento del governo centrale al riparto delle competenze legislative, amministrative e finanziarie tra centro e periferia delineato dalla riforma del Titolo V Cost., riproponendo uno Stato che, invece di utilizzare le nuove competenze che il testo costituzionale gli assegna per farsi garante della tutela dei diritti all'insegna dell'uguaglianza sostanziale attraverso la determinazione dei livelli essenziali e il federalismo fiscale, tenta di sovrapporre il proprio indirizzo politico su specifici settori inerenti alle politiche sociali di competenza regionale, vincolando ad essi la ripartizione di una parte delle risorse destinate a finanziare le funzioni regionali e locali.

¹⁰ L. 296/2006, art. 1, comma 1293.

¹¹ L. 266/2005, art. 1, comma 556, sul quale è al momento pendente un ricorso di alcune Regioni alla Corte costituzionale, come precisa il dossier del servizio studi della Camera dei deputati n. 2/12, p. 20, per violazione delle competenze legislative e finanziarie regionali.

¹² L. 296/2006, art. 1, comma 1250.

¹³ L. 296/2006, art. 1, comma 1267.

Non a caso la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in un recente documento che illustra osservazioni e proposte alla legge finanziaria per il 2007, invoca con forza la necessità di un «patto per le politiche sociali», un'intesa tra Stato e autonomie territoriali su tali finanziamenti nel loro complesso, evidenziando come gli interventi relativi ai fondi settoriali non possano essere condotti in modo slegato rispetto a quelli inerenti al sistema dei servizi sociali regionali finanziati attraverso il Fnps¹⁴.

Nell'ambito dei diversi stanziamenti di rilievo sociale si segnala, inoltre, l'istituzione del «Fondo per le non autosufficienze». La legge finanziaria per il 2007¹⁵ prevede infatti la costituzione, presso il Ministero della Solidarietà sociale, di un fondo la cui dotazione, per il momento esigua, dovrebbe raddoppiare nei prossimi due anni. Tali risorse sono destinate a dare attuazione ai «livelli essenziali delle prestazioni assistenziali [...] con riguardo alle persone non autosufficienti», mentre si precisa che gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzo del Fondo sono adottati dal ministro della Solidarietà sociale, di concerto con il ministro della Salute, quello delle Politiche per la famiglia e quello dell'Economia e delle Finanze, previa intesa con la Conferenza unificata.

L'importanza della previsione è evidente: l'assistenza ai non autosufficienti rappresenta sicuramente uno dei principali nodi problematici del welfare socio-sanitario italiano, nel quale si riscontra una crescente richiesta di assistenza da parte della popolazione e una inadeguata risposta delle istituzioni pubbliche preposte, inadeguatezza che pare destinata ad aggravarsi sempre più a causa dell'invecchiamento della popolazione (Gori, 2006). Si tratta, quindi, di uno dei settori in cui pare più pressante la necessità di un rinnovamento, non solo dal punto di vista delle tipologie delle prestazioni e degli interventi offerti dalla rete locale dei servizi, ma anche (e forse soprattutto) sul piano dell'impegno delle risorse finanziarie necessarie a supportare i bisogni di cura e assistenza di una popolazione non autosufficiente sempre più consistente.

Per la prima volta, raccogliendo l'eredità di precedenti tentativi parlamentari tesi all'adozione di una normativa organica di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti¹⁶, si dispone un potenzia-

¹⁴ Documento del 15.2.2007, reperibile sul sito internet www.regioni.it.

¹⁵ L. 296/2006, art. 1, commi nn. 1264 e 1265.

¹⁶ Si veda il p.d.l. C-2166 e abbinate, presentato nella XIV legislatura (relatore on. K. Zanotti), che prevedeva l'istituzione di un fondo nazionale finanziato

mento delle risorse pubbliche destinate al finanziamento della non autosufficienza con l'istituzione di un apposito fondo nazionale. Non può quindi non valutarsi con favore la previsione, che rompe il silenzio e il disinteresse del legislatore e dei governi nazionali su un tema tanto cruciale per le politiche socio-sanitarie italiane.

Al riguardo esistono tuttavia alcune criticità di ordine giuridico-costituzionale che dovranno essere tenute in conto nell'avvio del processo di utilizzazione del fondo.

Se infatti il fondo in questione sarà utilizzato, come sembra dedursi dalla lettera normativa, per incrementare il finanziamento delle prestazioni e servizi assistenziali per i non autosufficienti che rientrano nella competenza legislativa regionale, esso potrebbe incorrere nelle medesime censure di illegittimità costituzionale che la Corte ha pronunciato avverso altri fondi nazionali di finanziamento delle funzioni degli enti sub-statali¹⁷. Le risorse ad esso afferenti, infatti, se trasferite alle Re-

dalle risorse destinate attualmente alle indennità di accompagnamento e da un'imposta addizionale sui redditi delle persone fisiche e giuridiche, per incrementare il finanziamento dei servizi alla non autosufficienza afferenti esclusivamente al settore socio-assistenziale. Il testo prevedeva inoltre la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza, rinviando all'adozione di un successivo d.p.c.m. (adottato d'intesa con la conferenza unificata). Il fondo era destinato, oltre che a erogare indennità di accompagnamento, anche a «potenziare la rete dei servizi ed erogare le prestazioni assistenziali attraverso la realizzazione di progetti individuali [...] erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali ed assegni di cura [...] erogare le risorse necessarie al pagamento della quota sociale a carico dell'utente in caso di ricovero in una residenza sanitaria assistita o in strutture similari anche a carattere diurno [...]». Giunto in aula alla Camera dei deputati, il testo unificato relativo al p.d.l. C-2166 e abbinate non fu votato ma di nuovo rinviato in Commissione XII Affari sociali a causa del parere contrario della Commissione Finanze in data 26.2.2004. L'esame nell'ambito della Commissione XII riprese il 5.5.2004 e proseguì con l'audizione del ministro dell'Economia e delle Finanze Siniscalco in data 30.11.2004, al fine di acquisire elementi conoscitivi ed informativi circa la possibilità di un'adeguata copertura finanziaria del p.d.l. L'iter parlamentare della proposta è poi ripreso in seno ad un comitato ristretto che non ne ha però terminato l'esame prima del termine della XIV legislatura. Per la consultazione dei lavori parlamentari si veda il sito internet <http://www.camera.it>. Con la nuova legislatura, sono state presentate nuove proposte di legge, alcune delle quali riproducono il testo del precedente progetto.

¹⁷ Corte cost. sentt. nn. 370/2003, 49/2004, 16/2004, 320/2004, 308/2004, 51/2005. Né vale ritenere che le risorse del fondo siano da assimilare alle «risor-

gioni con questa finalità, si profilerebbero come finanziamenti di scopo, la cui destinazione vincolata al settore dei servizi per i non autosufficienti comporterebbe violazione delle competenze legislative delle Regioni in materia, nonché della disciplina costituzionale sull'autonomia di spesa regionale.

È quindi necessario che il processo di istituzione e utilizzo del fondo sia accompagnato, e proceda di pari passo con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone non autosufficienti, in modo che le risorse del fondo possano essere ricondotte all'esercizio della competenza esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) Cost. Inoltre solo un'attenta opera di concertazione con le Regioni e l'ampio ricorso alla leale cooperazione istituzionale potrà evitare «inciampi» innanzi alla Corte costituzionale.

5. Conclusioni

Le considerazioni suddette evidenziano quanto sia sempre più necessario e urgente procedere ad un ripensamento profondo delle relazioni finanziarie tra centro e periferia nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie, al fine di adeguarle al quadro costituzionale così come riformato dalla legge costituzionale n. 3/2001.

In particolare, risulta quanto mai importante che lo Stato si adegui ai nuovi strumenti che il Titolo V Cost. prevede per il mantenimento di un welfare universalistico e solidale, pur nell'ambito di un sistema politico fortemente decentrato.

Il diritto comparato ci mostra che nelle forme di stato composte, come gli stati federali o regionali, esistono in genere una serie di strumenti per garantire la tutela dei diritti sociali e il principio di uguaglianza tra i cittadini, pur nell'ambito di uno stato sociale le cui competenze sono ripartite tra più livelli territoriali di governo. Tra questi strumenti assumono una particolare importanza, da un lato, le clausole costituzionali che riconoscono allo Stato centrale il ruolo di garante dei diritti, fissando standard di tutela da osservare su tutti i territori; dall'altro, è fondamentale la costruzione di un sistema di fede-

se aggiuntive» e agli «interventi speciali» di cui all'art. 119, comma 5, Cost., perché in questo caso si dovrebbe trattare di contributi economici tesi a finanziarie funzioni che riguardano solo determinati enti territoriali e non la generalità del sistema delle autonomie, come precisato dalla Corte nelle sentenze citate.

ralismo fiscale che tuteli l'autonomia di entrata e di spesa degli enti autonomi territoriali, introducendo però anche un sistema finanziario perequativo capace di sostenere quelli, tra essi, economicamente più deboli.

In questa prospettiva sembra essersi mossa anche la riforma costituzionale del 2001 che, nel delineare il nuovo riparto delle competenze tra Stato e Regioni, ha ribadito il ruolo dell'autorità centrale quale garante della tutela dei diritti sociali, attraverso la potestà esclusiva di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e del potere sostitutivo del governo *ex art.* 120, comma 2, Cost., nonché nel sistema di federalismo fiscale delineato dall'*art.* 119 Cost., in cui l'autonomia finanziaria di entrata e di spesa degli enti sub-statali si coniuga con il compito statale di perequazione delle risorse. La *ratio* di tali potestà statali è evidentemente fortemente garantista: si mira cioè a consentire un bilanciamento tra le esigenze del decentramento e quelle del principio unitario riconoscendo nello Stato il livello di governo deputato a garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale quali il principio personalista, il principio di uguaglianza sostanziale, il principio di solidarietà, disegnando così i tratti di un neoregionalismo connotato da un «modello solidale e cooperativo in cui si coniuga la pluralità territoriale con l'interdipendenza delle scelte politiche» (Covino, 2003).

Purtroppo, però, le principali leve costituzionali cui è deputato il compito di conciliare le istanze del decentramento e dell'autonomia con il principio di uguaglianza, ovvero i livelli essenziali delle prestazioni sociali, da un lato, e il federalismo fiscale, dall'altro, restano entrambe ancora inattuate.

Così, nell'attuale momento di transizione tra il vecchio sistema e la piena attuazione del nuovo quadro costituzionale, oltre all'ovvio auspicio che si arrivi prima del termine di questa legislatura alla definizione della disciplina normativa sui livelli essenziali sociali e sul federalismo fiscale, pare importante ribadire che le possibilità per un serio rinnovamento del welfare socio-sanitario, con particolare riferimento al nodo dell'assistenza ai non autosufficienti, sono legate agli strumenti della leale cooperazione istituzionale, affinché lo Stato e le autonomie territoriali, ciascuno nei propri ambiti di competenza costituzionalmente garantiti e da rispettare, collaborino al rinnovamento di un welfare decentrato ma non per questo meno universalistico e solidale.

I Sessione - Riferimenti bibliografici

- Aa. Vv., 2003, *Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Dai principi alla pratica?*, «Prospettive sociali e sanitarie», numero speciale 15-17.
- Amato G., 1983, *Democrazia e redistribuzione*, Il Mulino, Bologna.
- Amato G., 1983, *Democrazia e redistribuzione. Un sondaggio del welfare statunitense*, Il Mulino, Bologna.
- Antonini L., 2003a, *Le vicende e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119*, «Le Regioni», n. 1, pp. 11-40.
- Antonini L., 2003b, *Competenza, finanziamento e accountability in ordine alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali*, «Rivista del Diritto finanziario e della Scienza delle Finanze», pp. 70-103.
- Balboni E., 2004, *Il nuovo titolo V della Costituzione e i livelli essenziali delle prestazioni sociali*, in P. Carrozza - E. Rossi (a cura di), *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino.
- Baldassarre A., 1989, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica*, vol. XI, Treccani, Roma.
- Baldi B., 2003, *Stato e territorio. Federalismo e decentramento nelle democrazie contemporanee*, Laterza, Bari.
- Banchero A., 2005, *Nuovi elementi per la definizione dei Liveas*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 14, pp. 1-6.
- Bobbio N., 1990, *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino.
- Borzel T., 2001, *Nations and Regions in Europe*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Buffardi A., 2004, *Proposta di elaborazione di un d.l. sui Liveas*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 1, p. 1.
- Calamandrei P., 1955, *La costituzione e le leggi per attuarla*, in P. Calamandrei, 1965-1983, *Opere complete di Piero Calamandrei*, Morano, Napoli.
- Caporaso A., 2000, *Changes in the Westphalian Order: Territory, Public Authority, and Sovereignty*, «International Studies Review», n. 2.
- Capp, Cer, Servizi Nuovi, (a cura di), 2004, *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, Editrice Liberetà, Roma.
- Caravita di Torritto B., 2004, *Riflessioni sul mondo della sanità tra riforme e istanze di autonomia*, in B. Caravita di Torritto (a cura di), *I percorsi del federalismo*, Giuffrè, Milano, pp. 47-60.
- Carrozza P., 2004, *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del Titolo V: la nuova veste dei diritti sociali*, in P. Carrozza, - E. Rossi (a cura di), *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino.
- Cassese S., 1974, *La formazione dello stato amministrativo*, Giuffrè, Milano.

- Cassese S., 2001, *La rete come figura organizzativa della collaborazione*, in A. Predieri - M. Morisi (a cura di), *L'Europa delle reti*, Giappichelli, Torino.
- Comitato delle Regioni, 2004, *Il rafforzamento della democrazia regionale e locale nell'Unione europea*, volumi I e II, reperibile sul sito internet <http://www.cor.europa.eu>.
- Consorzio Mipa, 2004, *I livelli essenziali delle prestazioni (Art. 117 Cost.): questioni preliminari*, Rapporto per il Comitato scientifico, Linea 4: Osservatorio sui Livelli essenziali delle prestazioni, Programma per l'innovazione istituzionale.
- Covino F., 2003, *Autonomia finanziaria e solidarietà*, in T. Groppi, M. Olivetti (a cura di), *La Repubblica delle Autonomie*, 2^a ed., Giappichelli, Torino, pp. 243-253.
- Dahl R., 1990, *Poliarchia. Partecipazione e opposizione nei sistemi politici*, Angeli, Milano.
- De Pietro C., 2004, *Decentramento nei sistemi sanitari occidentali: regolarità e differenze*, paper presentato al convegno «I livelli di governo della sanità. Finanziamento, assetti istituzionali e management», Milano, 4 e 5 novembre 2005, reperibile sul sito dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria www.aiesweb.it.
- Domenichelli L., 2002, *Le Regioni nel dibattito sull'avvenire dell'Unione: dalla Dichiarazione di Nizza alla Convenzione europea*, «Le Regioni», n. 6, pp. 1239-1250.
- E. Anessi Pessina, E. Cantù, 2005, *Rapporto Oasi 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Cergas Egea, Milano.
- Esposito C., 1954, *Eguaglianza e giustizia nell'art. 3 della Costituzione*, in *La Costituzione italiana. Saggi*, Cedam, Padova.
- Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Ferioli E.A., 2003, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino.
- Ferioli E.A., 2003, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino.
- Ferioli E.A., 2005, *Finanziamento della spesa sociale e Corte costituzionale: le contraddizioni di un «federalismo fiscale» ancora inattuato*, nota a Corte cost., 26 dicembre 2004, n. 423, «Foto it.», fasc. 9, pp. 2294-2297, pt. 1.
- Ferioli E.A., 2006, *I diritti sociali tra decentramento e livelli essenziali*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 16, pp. 4-6.
- Ferrara G., 2001, *Eguaglianza e federalismo*, in L. Chieffi (a cura di), *Evoluzione dello stato delle autonomie e tutela dei diritti sociali. A proposito della riforma del titolo V della Costituzione*, Cedam, Padova, pp. 31-46.
- Ferrera M., 2004, *Ricalibrare il modello sociale europeo. Accelerare le riforme, migliorare il coordinamento*, Urge Working paper, 7/2004.
- Ferrera M., 2005, *Amici o nemici? Integrazione europea e modelli sociali nazionali*, in Urge working paper, 4, reperibile sul sito www.urge.it

- Formez, 2003, *L'attuazione della riforma del welfare locale. Rapporto di ricerca*, Roma.
- Giannini M.S., 1986, *Il pubblico potere*, Il Mulino, Bologna.
- Giarda P., 2005, *L'esperienza italiana del federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna.
- Gori C. (a cura di), 2006, *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna.
- Gori C., 2003, *Applicare i livelli essenziali nel sociale*, «Prospettive sociali e sanitarie», numero speciale 15-17.
- Gori C., 2004, *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Gori C., 2007, *In cerca di un progetto*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 6, pp. 1-4.
- Hooghe L., Gary M., 2001, *Multi-level Governance and European Integration*, Rowmann & Littlefield, Boulder.
- Iacometti M., 2006, *La laboriosa approvazione di un nuovo Statuto per la Catalogna*, «Diritto pubblico comparato ed europeo», n. 2, pp. 614-839.
- Julienne K., 2004, *Aide et action sociales des collectivités locales: évolution des bénéficiaires et des dépenses depuis vingt ans*, «Revue française des affaires sociales», n. 4, pp. 35-60 ss.
- Lafore R., 2004, *La Décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du «département providence»*, «Revue française des affaires sociales», n. 4, pp. 19-34.
- Leone L., 2006, *Livelli essenziali e concezione multidimensionale*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 13, pp. 8-12.
- Macciotta G. (a cura di), 2007, *Andamenti della finanza pubblica per livelli di governo e aree territoriali*, Astrid.
- Marshall T., 1981, *The Right to Welfare and other Essays*, Heinemann, Londra.
- Martinico G., 2005, *L'ospite inatteso: solidarietà e diritti sociali nel regno del mercato unico*, in *Il Contesto*, Ets, 1/2005.
- Melis G., Melis G., 2005, *Le strategie della nuova autonomia*, Relazione al Convegno di Sassari nel trentennale della morte di P. Dettori, Sassari, giugno (dattiloscritto).
- Meneguzzo M., Cuccurullo C., Campero T., Martín J.J., 2001, *La regionalizzazione dei sistemi sanitari: l'analisi del caso spagnolo*, reperibile sul sito internet dell'Associazione italiana di economia sanitaria www.aiesweb.it.
- Merusi F., 1970, *L'affidamento del cittadino*, Giuffrè, Milano.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, bozza, settembre, Roma.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2004, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza*, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma.
- Ministero della Salute, 2006, *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, Roma.
- Moreno L., 2004, *Reforma y reestructuración del Estado del Bienestar en la Unión Europea*, working paper, 04-09, reperibile sul sito internet <http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0409.pdf>.
- Mortati C., 1970, *Appunti per uno studio sui rimedi giurisdizionali contro comportamenti omissivi del legislatore*, in *Il Foro Italiano*, V.

- Mortati C., 1973, *Le forme di governo*, Padova, Cedam.
- Muraro G., 2001, *Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale*, «Rivista del Diritto finanziario e della Scienza delle Finanze», LXII, I, n. 3, pp. 349-384.
- Onida V., 2006, *Diritti sociali e politiche sociali*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 16, pp. 1-3.
- Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, 2004, *Systèmes de santé en transition*, pubblicato sul sito internet <http://www.euro.who.int/observatory>.
- P. Ferrario, 2005, *Trasformazioni legislative ed amministrative dei poteri e delle politiche dei servizi sociali*, in Aa.Vv., *I piani di zona come strumenti di integrazione. Le sfide per il terzo settore*, Auser Lombardia, Milano.
- Pierini A., 2003, *Federalismo e welfare state nell'esperienza giuridica degli Stati Uniti. Evoluzione e tensioni di un modello neo-liberale di assistenza sociale*, Giappichelli, Torino.
- Pizzetti F., 2002, *Le autonomie locali e l'Europa*, «Le Regioni», n. 5, pp. 935-950.
- Pizzetti F., 2004, *La tutela dei diritti nei livelli substatali*, in P. Bilancia, E. De Marco (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti. Punti di crisi, problemi aperti, momenti di stabilizzazione*, Giuffrè, Milano.
- Pizzorusso A., 2006, *La problematica delle fonti del diritto all'inizio del XXI secolo*, in www.associazionedeicostituzionalisti.it.
- Polton D., 2004, *Décentralisation des systèmes de santé: un éclairage international*, «Revue française des affaires sociales», n. 4, pp. 267-299.
- Ranci Ortigosa E., 2005, *In tema di Lep*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 1, pp. 1-2.
- Ranci Ortigosa E., 2006, *Erogazioni monetarie e servizi*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 1, pp. 1-6.
- Ranci Ortigosa E., Crepaldi C., Falciatore M.G., Giorgi G., 2003, *Una proposta per attuare i Liveas*, «Prospettive sociali e sanitarie», numero speciale 15-17.
- Rodotà S., 1992, *Repertorio di fine secolo*, Laterza, Bari.
- Rose R., 1988, *L'espansione della sfera pubblica*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 2005, *I livelli essenziali di assistenza nell'assetto federale italiano*, Riforme Associazione, Milano.
- Scharpf F.W., 1999, *Governare l'Europa. Legittimità democratica ed efficacia delle politiche nell'Unione Europea*, Il Mulino, Bologna.
- Torchia L. (a cura di), 2005, *Welfare e federalismo*, Collana Quaderni di Astrid, Il Mulino, Bologna.
- Torchia L., 1998, *Le amministrazioni nazionali*, Padova.
- Von Beyme K., 1987, *I partiti nelle democrazie occidentali*, Zanichelli, Bologna.
- Zampano F. (a cura di), 2006, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Collana Quaderni Formez, n. 46.
- Zolo D. (a cura di), 1994, *La cittadinanza*, Laterza, Bari.

II SESSIONE

Capacità informativa, ruolo e utilizzo
dei dati nei processi di *policy making*

I dati, ovvero dell'ambivalenza

Gianni Tognoni

Dovrebbe essere ovvio – per buon senso, e per ragioni metodologiche – che ogni volta che si è fuori da un contesto strettamente «sperimentale», i dati intrattengono con le realtà – quelle che descrivono, proiettano, valutano – rapporti molto, ed esplicitamente, ambivalenti: fa parte del loro ruolo, che non è mai indipendente dai contesti, e tanto meno neutro o oggettivo. I dati sono al servizio di ipotesi (nel migliore dei casi: corrispondono, cioè, a un lavoro esplorativo, di ricerca, di confronto), o di tesi (più frequentemente: rispondono ad un disegno che vuol dimostrare/difendere/confermare qualcosa su cui decisioni sono già prese).

Nei sistemi in più o meno rapida ridefinizione ed evoluzione, e che sono già di per sé «dipendenti» da macro-variabili «altre», la *potenzialità/possibilità* di ambivalenza profonda dei dati si traduce quasi naturalmente in *probabilità* concreta, e/o programmata. Non c'è dubbio che le aree, le popolazioni, le politiche della sanità e della società che sono oggetto di questo numero della rivista «Rps» sono uno scenario paradigmatico perfetto per confrontarsi con il grado di ambivalenza dei dati e con le tante implicazioni che ciò può avere, sia nella definizione, che nella gestione dei problemi.

L'etichetta «socio-sanitario» suggerisce infatti:

- a) da una parte, quasi tranquillizzando, che ci si muove in ambito riconducibile ad una dimensione qualitativa: dove si dà per acquisito che i valori e le dimensioni di solidarietà collettiva sono fuori discussione, tanto da poter fare a meno di verificare, con dati, che cosa sta effettivamente dietro le definizioni, i dibattiti, i tanti e ripetuti buoni propositi e piani «complessivi»;
- b) dall'altra, segnala una zona di non appartenenza ben definita: come quelle terre che sono il risultato di conflitti, combattuti o no, e che possono essere oggetto di investimenti/presenze/progetti che vanno (senza razionalità evidente né dimostrabile) dall'intensità più grande (per alcuni aspetti), alla casualità e futilità assoluta (per altri).

Il quadro di riferimento delineato da questo primo contributo, non è altro che l'introduzione e la chiave di lettura – concettuale e metodo-

logica – alla presentazione degli esempi molto concreti che vengono proposti di seguito, e che provano a documentare come è possibile muoversi per tradurre la complessa ambivalenza dei dati in una opportunità di ricerca, e soprattutto di comprensione più profonda della realtà. Il percorso può essere dunque molto sintetico, articolandosi semplicemente attraverso la presentazione di due scenari, o promemoria.

1. *Alle radici del ruolo ambivalente dei dati*

Il quadro delineato nello *Scenario 1*, nell'articolazione delle sue tre sezioni A, B e C, può apparire da una parte molto lontano dal problema qui trattato, dall'altro ripetitivo, o non pertinente: sembra un buon modello di ambivalenza. Una mini-guida alla lettura può essere tuttavia utile per non vedere questo come un «fattore di confusione», ma come un punto di vista imprescindibile per orientarsi, e possibilmente muoversi, sapendo quali sono le *variabili che fanno la differenza*¹.

Il «quadro istituzionale» (A) dello *Scenario* alterna, e intreccia volutamente, livelli «macro» o «globali», e una realtà «locale»: i legami tra le due dimensioni sono tutt'altro che generici o astratti: definiscono di fatto «strutturalmente» la situazione attuale, facendone intravedere tutte le caratteristiche che ne determinano l'evoluzione. Una lettura semplificata, ma sostanzialmente fedele può essere:

1. Il tempo che viviamo, nel campo specifico di interesse, è quello di un passaggio di consegne e di paradigmi: dagli anni '90 la responsabilità progettuale della salute e della sanità sta passando dalle istituzioni che sono titolari del «diritto fondamentale» alla vita/salute (es. Oms) a quelle che interpretano i servizi sanitari (per definizione universali, in quanto aventi come quadro di riferimento prioritario e misura di qualità i bisogni più inevasi delle maggioranze) come aree promesse, dovute, destinate al mercato (es. Omc), che, per definizione, ha come popolazioni e valori di riferimento l'ambito dei produttori/contribuenti/interessi.
2. Ussl → Asl: la lettura «italiana» del macro-contesto del punto precedente (sempre a partire dalla metà degli anni '90) è stata «più realista del re»: in nome di una ipotetica maggiore efficienza amministrativo-gestionale si è deciso di dichiarare già conclusa e

¹ Per un approfondimento vedi Tognoni, Valerio e Romero, 2006.

*Scenario 1**Le variabili che fanno la differenza*

(A)	1. Oms <i>vs</i> Omc:	Diritti <i>vs</i> mercati
	2. Ussl <i>vs</i> Asl:	L'interpretazione italiana, internazionalmente in-traducibile
	3. Gbd <i>vs</i> Sdh:	Bilanci <i>vs</i> contesti

- (B)
1. Piani sanitari *vs* Finanziaria
 2. Epidemiologia *vs* budget
 3. Esiti *vs* procedure
 4. Popolazioni *vs* linee-guida

Le aree a più alto «rischio espresso»

- (C)
- L'«età anziana»
 - La cronicità dis-continuità
 - Le disabilità
 - Le riabilitazioni
 - Le marginalità
 - Le in-curabilità

Legenda: Oms = Organizzazione mondiale della sanità
 Omc = Organizzazione mondiale del commercio
 Ussl = Unità socio-sanitaria locale
 Asl = Azienda sanitaria locale
 Gbd = Global Burden of Disease
 Sdh = Social Determinants of Health

acquisita la dialettica appena ricordata: la dimensione di riferimento di tutto ciò che ha a che fare con la salute è stata dichiarata quella «aziendale». È un vero e proprio «*unicum*», in traducibile e non tradotto al di là delle nostre frontiere.

L'ambivalenza (reale, che tocca a fondo l'universo dei valori) è stata ricondotta alla ragioneria contabile, dato che l'interpretazione corrente dell'«aziendalità» non è certo quella dell'investimento, o della ricerca, ma quella del far quadrare i bilanci, prescindendo da contenuti e contesti. Le aree, zone e popolazioni «ambivalenti» (v. sopra), perché indefinite/indefinibili «aziendalmente», sono, intrinsecamente, ad alto rischio: i bilanci non prevedono capitoli di ambivalenza: è più facile cancellarli, dichiarandoli di non competenza o ri-classificandoli, non importa come, per trasferirli, o esportarli, o espellerli; o rinchiuderne le popolazioni in qualche Cpt (Centro di permanenza temporanea) o equivalente: quelle psichiatriche, per esempio, o disabili, ecc.

3. Gbd *vs* Sdh: più o meno 10 anni dopo l'annuncio globale (Missoni, Pacileo, 2005) che le *malattie* erano il nucleo imprescindibile della sanità con il loro *carico* assistenziale (cioè con la loro *intrinseca* caratteristica di essere ricondotte a variabili di mercato), la comunità internazionale si è accorta che la realtà non è tanto semplice: proprio come non lo sono le guerre per risolvere i conflitti (l'evocazione è strettamente metodologica: richiama di fatto le evoluzioni, economiche e giuridiche della società internazionale, ben concrete e fortissimamente interdipendenti, degli ultimi 10-15 anni): si è riconosciuto che, almeno a parole, avere «orizzonti di salute» è più logico e serio dell'avere le malattie come «oggetto» di scambio/mercato/progetto, e che i contesti «sociali» (economici, culturali, ecc.) in cui si vive, ci si ammala, si muore non sono una variabile qualsiasi sullo scenario dove è necessario operare (Marmot e Wilkinson, 2006; AaVv., 2006; Marsico, 2007).

Le *implicazioni* (della politica e dell'immaginario) di quanto sinteticamente proposto sopra (*Scenario 1*, B), fanno toccare ancor più da vicino la stretta dipendenza gerarchica, nei concetti e nella operatività, di ciò che succede nella realtà «aziendale», nella letteratura «scientifica», nella «opinione pubblica» (N.b.: i termini sono stati virgolettati, per sottolineare, l'uso manipolato: non corrispondono più a realtà, ma ad

«immaginari», che si possono usare come si vogliono, prescindendo da dati e verifiche).

1. I piani sanitari – strumento, e momento di riflessione/esplicitazione/dialettica pubblica sulla progettualità complessiva di una società rispetto ai suoi indicatori di bisogni e di diritti – sono di fatto (quando ci sono) una variabile dipendente da, e funzionale a, manovre della Finanziaria.
2. I dati epidemiologici che descrivono/prevedono/qualificano i bisogni più o meno (in)evasi delle popolazioni (maggioritarie e minoritarie), devono essere confrontati con, corretti per, valutati rispetto a, la rigidità delle considerazioni budgetarie.
3. Perché questo sia possibile – data la in-evitabile variabilità dei bisogni e delle storie delle persone e delle popolazioni – ciò che succede alle persone e popolazioni deve scomparire, o almeno divenire un elemento di contorno, opzionale, in secondo piano, per lasciare il posto a «procedure» o «prestazioni» molto più facilmente definibili e traducibili in «costi», che possano (una volta «depurati» dall'ingombro della variabilità assistenziale e della vita) divenire quantificabili, comprimibili, comparabili, valutabili, trasversalmente e longitudinalmente. Il macro-capitolo dei farmaci è in questo senso un caso esemplare: consumi, spese, ticket, ecc. sostituiscono tutto il resto: quale «azienda»/Asl sa quanti e quanto gravi sono i suoi cittadini con scompenso? Come vanno controllati, se lo sono, sono autonomi o meno? Senza arrivare a pretendere di sapere addirittura se sono soddisfatti o hanno bisogni. Si sa perfettamente tuttavia, anno dopo anno, medico per medico, farmaco per farmaco, la spesa dei farmaci e delle ospedalizzazioni per scompenso.

Uno dei capitoli chiave di salute individuale e pubblica e di diritto, è ricondotto dalla sua imbarazzante complessità e ambivalenza all'ordine e alla ragionevolezza di un qualsiasi centro di costo da supermercato, che può prescindere dai contenuti, e ha come unica misura di «esito» la variazione (positiva o negativa) rispetto alla spesa «storica», e/o di capitoli di spesa concorrenti.

4. La prospettiva sopra delineata ha due conseguenze importanti:
 - a) la crescente enfasi posta sulle linee-guida, la loro normatività/capacità predittiva di sostenibilità o meno di spese/consumi è ad alto rischio di relegare in un secondo piano ben mascherato il «plurale» delle popolazioni, per evidenziarne invece l'artefatto del loro «peso assistenziale medio» (N.b.: quasi fosse obbligatorio,

non solo ripetere quanto riverificare nei fatti, nei bilanci, nei piani, locali e regionali, la ormai consunta battuta del mezzo pollo a testa che non distingue tra chi ha l'intero, e chi non ne ha).

- b) Per definizione, se per l'una o l'altra delle tante popolazioni non ci sono linee-guida chiare, riconducibili a procedure e costi ben quantificabili, il rischio di non trovare spazio nei bilanci, o di essere affidate ad una (dis-)attenzione casuale (o profondamente dipendente da (dis-)interessi di vario tipo) è ancor più grande.

Ma questo è proprio ciò che caratterizza l'ambito dei problemi e delle popolazioni che qui ci interessano.

Le *aree a più alto rischio espresso* elencate nella sezione C dello *Scenario 1* non hanno bisogno di essere commentate in questa sede. Rappresentano semplicemente uno dei modi per anticipare titolo, contenuto, importanza dei contributi di Vito Lepore e altri e di Mario Saugo e altri in questo numero della rivista (*infra*). Dietro l'elencazione (peraltro non completa, ma fortemente esemplificativa) di *aree* certamente di competenza del socio-sanitario (e/o del sanitario-sociale: a seconda del punto di vista, o delle modalità di percezione e gestione dell'una o dell'altra condizione clinica/sociale/assistenziale) esistono tante, e molto diverse popolazioni. Il plurale è la cosa più importante. Ognuna di queste ha diversi percorsi, in diversi contesti, con diversi esiti, con diversi coinvolgimenti di variabili mediche e/o sanitarie.

I dati non servono a descriverle in modo «medio», o come sommatoria di interventi di fatto tra loro non sommabili, o perché tra loro dipendenti in modo tutt'altro che standardizzato o prevedibili: né in termini di contenuti, né, ancor meno, di risultati. I dati – la loro scelta, definizione, raccolta, verifica, lettura, interpretazione – sono tutto salvo un «dato di fatto», o oggettivo: per essere informativi devono essere concepiti come parte di un progetto esplicito, rispetto al quale procedere di volta in volta con una strategia che (allo stadio attuale delle conoscenze e delle realtà assistenziali) deve assomigliare più a un procedimento di ricerca, che non alla implementazione rigidamente prevedibile di un piano esecutivo. Per non pensare che ciò sia un'affermazione un po' gonfiata, per riempirsi la bocca di «ricerca», basta verificare la *inesistenza*, per *tutte* le aree elencate, di dati epidemiologici orientati a piani assistenziali, e, simmetricamente e complementariamente, di pianificazioni (organizzative, economiche, di personale, ecc.) basate su «ragionevoli» (non «perfetti», né «completi») dati epidemiologici.

Ben vengano, e da mettere in grande evidenza, discussione, verifica, le smentite a questa affermazione apparentemente così negativa: purché

le smentite siano corredate da dati che raccontino le storie e gli esiti di queste popolazioni o pazienti, e non siano la quantificazione più o meno «estrapolata», o calcolata a posteriori, (nella logica delle spese a piè di lista), di costi e carichi assistenziali.

2. Conclusioni e prospettive

Ci si può a questo punto dispensare dal commentare in modo dettagliato lo *Scenario 2*:

- a) è chiaro che, di per sé, la proposta di questo scenario è assolutamente centrale, nell'ipotesi di una «politica dei dati», perché ne riassume le tante articolazioni/utilizzazioni nelle realtà socio-sanitarie, o sanitario-sociali, e che stanno dentro e dietro le popolazioni dello *Scenario 1 C*;
- b) si immagina tuttavia che questa politica di dati esista, sia praticata, funga da *conditio sine qua non* per la formazione, la pianificazione, la valutazione.

Per quanto se ne può sapere questo punto b) fa parte dell'ordine degli «auguri» che si possono fare a questo *Scenario 2*: chi sa mai che ci sia qualcuno, o molti, che abbiano la voglia, la progettualità, le risorse per trasformare gli auguri in realtà. I percorsi che seguono sono solo due esempi di quanto si stia cercando di fare: in attesa che gli esempi diventino politica, e chi sa mai, cultura.

Scenario 2

Il ruolo dei dati

1. Dare visibilità a persone/popolazioni
2. Ri-costruire storie
3. Mettere in evidenza le variabilità come chiave di comprensione/risorse/pianificazione
 - Formazione permanente:
 - operatori socio-sanitari
 - opinione pubblica
 - amministrativi
5. Progetti di ricerca prospettica con ipotesi da testare *vs* ripetitività delle descrizioni

La politica dei dati in ambito socio-assistenziale. Un focus sulla spesa dei Comuni

Francesca Carrera, Anna Teselli

RPS

1. Premessa

Rimandando alla trattazione compiuta negli altri contributi della sessione la riflessione sulle difficoltà di funzionamento del sistema socio-sanitario legate ai debiti informativi tuttora esistenti in campo sanitario, in questo articolo si approfondisce la questione della politica dei dati in ambito socio-assistenziale. Tale aspetto, infatti, rappresenta una delle condizioni per realizzare quei percorsi di integrazione, sia all'interno delle politiche socio-assistenziali¹ che nel più vasto ambito delle politiche sociali, che sono effettivamente alla base di un funzionamento efficace ed efficiente del sistema socio-sanitario, inteso come quell'insieme di servizi e interventi che incorporano assistenza e inserimento sociale, cura della salute, prevenzione e tutela. Programmare, pianificare, gestire e valutare un sistema integrato di interventi e servizi sociali, così come previsto anche dalla legge quadro di riforma dell'assistenza (legge 328/2000), significa quindi che le istituzioni pubbliche, sia a livello nazionale che locale, dispongano, tra l'altro, di strumenti di informazione sociale in grado di produrre dati e conoscenze in modo puntuale, coerente e continuo nel tempo.

Proprio su questa dotazione, diversi studi dell'Ires hanno approfondito la questione delle politiche nazionali e locali sui dati e, in particolare, hanno analizzato due aspetti: *a)* gli strumenti di rilevazione nazionale e le informazioni sulla spesa sostenuta dai Comuni per i servizi e gli interventi socio-assistenziali²; *b)* i sistemi informativi sociali ter-

¹ Qui si trascurava l'analisi delle note specificità del settore socio-assistenziale, storicamente caratterizzato come comparto del *welfare residuale*, rispetto per esempio ad altri comparti come la sanità, la previdenza e il lavoro, e *disomogeneo* per quanto riguarda l'articolazione e il *management* dei servizi da un territorio all'altro.

² Su questo cfr. Mirabile, Carrera, Teselli, Zelinotti, 2006. La ricerca è stata realizzata attraverso la collaborazione fra: Maria Luisa Mirabile, direzione scientifica, Francesca Carrera, Anna Teselli, coordinamento, Riccardo Zelinotti, ricer-

ritoriali. In questo articolo si tralascerà l'analisi del secondo aspetto rimandando alle ricerche prodotte dall'Ires³. Si approfondirà invece la questione di quanto e come spendono i Comuni per i servizi e gli interventi socio-assistenziali.

Come si vedrà in dettaglio nei paragrafi a seguire, ciò che è risultato innanzitutto evidente è la difficoltà a ricostruire a livello nazionale un quadro omogeneo e articolato della spesa socio-assistenziale sia sul versante della quantità, intesa come ammontare finanziario, sia sul versante della qualità, intesa come informazione di dettaglio sulla spesa sostenuta per specifici servizi e interventi socio-assistenziali programmati, gestiti ed erogati dai Comuni. Si è confermata, quindi, la natura disarticolata delle fonti nazionali e locali sulla spesa socio-assistenziale e delle informazioni reperibili; e si è ribadita una tendenza diffusa da parte dei Comuni a non rendere visibili in modo netto per quali servizi e interventi vengono investite le risorse. Viceversa vengono privilegiati comportamenti tesi ad accorpare la spesa in contenitori ampi come ad esempio quello dell'assistenza e della beneficenza pubblica, spesso impegnata sotto forma di trasferimenti più che di servizi.

Si è verificato inoltre che: *a)* la spesa sociale viene prevalentemente impegnata per categorie di utenza piuttosto che per tipologie di servizi; *b)* le categorie di utenza dettagliate vanno da quelle più tradizionali – minori, anziani, disabili, immigrati – a quelle più innovative come ad esempio le responsabilità familiari, le azioni di contrasto alla povertà, i diritti dei minori. Tale processo sta ad indicare dei tentativi di superamento della categorializzazione degli interventi; *c)* in ogni caso, il grado di dettaglio rendicontativo su specifici servizi o interventi è risultato ancora poco diffuso.

catore. Tale studio è stato articolato in tre parti principali: *a)* una fase metodologica, per la ricognizione delle fonti nazionali; *b)* un'analisi, in parallelo e per convergenze/divergenze sui risultati che le diverse fonti hanno reso disponibili sulla spesa a livello nazionale; *c)* un *focus* sui bilanci comunali delle 13 grandi città.

³ Si tratta di diverse indagini realizzate tra il 2001 e il 2005 dall'area *Welfare* dell'Ires su questa tematica e presentate nei seguenti rapporti di ricerca: 1) Mirabile, Carrera, Teselli, anni 2002 e 2003; 2) Aa. Vv., 2004. Inoltre i risultati emersi nel corso di queste ricerche sono stati pubblicati nei seguenti saggi: *a)* Teselli, 2003; *b)* Teselli, 2005; *c)* Teselli, 2007 (in corso di pubblicazione).

2. Come si può parlare di spesa socio-assistenziale

Come è noto, sviluppare degli approfondimenti circostanziati, se non proprio delle analisi accurate, sulla spesa dedicata al settore socio-assistenziale in Italia è un'operazione percorribile soltanto in modo parziale e avendo ben chiari i limiti di indagine che sono «a monte» di ogni lavoro su questo tema. Due sono fondamentalmente i presupposti di cui tenere conto.

Innanzitutto, il fatto che storicamente la gestione degli interventi socio-assistenziali è stata affidata nella maggior parte dei casi ai Comuni o talvolta per delega alle Asl, e questo significa rintracciare la spesa dedicata a tale comparto prevalentemente all'interno dei bilanci comunali, notoriamente documenti diretti ad una rendicontazione «tutta interna» alle amministrazioni locali, quindi scarsamente finalizzati rispetto ai contenuti, agli obiettivi e alle metodiche specifiche di ciascun ambito di intervento e di spesa. Ciò ha determinato un duplice effetto: da una parte, ha scarsamente identificato l'insieme di interventi che compone il settore dell'assistenza da quelli che fanno più capo in senso allargato ai servizi alla persona, come quelli scolastici, di formazione o, in senso limite, quelli necroscopico-cimiteriali (che spesso vengono rendicontati insieme all'ambito socio-assistenziale); dall'altra, ha frammentato la rendicontazione dell'intervento socio-assistenziale in voci di spesa disparate oppure l'ha accorpata in un capitolo di spesa eccessivamente ampio.

Corollario di tale condizione è la disomogeneità che in modo evidente distingue i Comuni tra loro nella rendicontazione della spesa per assistenza; e che molto di rado viene colmata da strumenti informativi sociali, spesso non sufficientemente diffusi o funzionanti in modo non sistematico, non in grado, quindi, di ricostruire a partire dalle peculiarità dell'intervento socio-assistenziale un quadro coerente della spesa per questo ambito.

Il secondo presupposto riguarda il fatto che la scarsa possibilità di fare confronti tra le diverse spese socio-assistenziali sostenute dai Comuni è legata, oltre alla varietà delle soluzioni di rendicontazione adottate a livello locale, alla scarsa attenzione finora dedicata a tale tematica, che soltanto sporadicamente ha condotto alla realizzazione di rilevazioni e/o analisi a carattere nazionale⁴. Ciò è dipeso: a) dall'oggetto di anali-

⁴ Più frequenti risultano studi su casi isolati, come ad esempio quello condotto dall'Ires su alcuni Comuni (cfr. Ires, 2003) o quello di Carra e Leoni (2004).

si che, come si è sottolineato, si presenta altamente variabile e disorganico, e che ha verosimilmente alimentato una sorta di «scoraggiamento conoscitivo» della tematica-spesa socio-assistenziale; *b*) da fonti informative incomplete e frammentarie che, in modo analogo alle caratteristiche dell'oggetto di indagine, hanno potuto disincentivare analisi di merito; *c*) dalla limitata attitudine delle istituzioni nazionali nel mettere a punto procedure di rilevazione di sistema e quindi analisi comparative.

Ciò ha determinato, tra l'altro, la diffusione di una pluralità di metodologie di studio, che, se da una parte, come vedremo, consentono un «discorso» sulla spesa socio-assistenziale, dall'altra non facilitano una lettura condivisa e di sistema sul tema.

A partire da tali presupposti lo studio dell'Ires ha innanzitutto privilegiato la realizzazione di un'intensa fase metodologica, finalizzata a ricostruire nel dettaglio fonti, dati, metodi di rilevazione disponibili ad oggi a livello nazionale; si è quindi realizzata una *ricognizione ragionata* sia delle fonti di sistema (di cui parleremo a seguire), che dei dati e delle informazioni fornite da tali fonti (cfr. par. 3)⁵.

2.1 I bilanci consuntivi dei Comuni. Fonti per la comparabilità

Le prime due fonti da cui attingere per indagare la spesa sociale dei Comuni, come illustrato nella tabella 1, sono l'*Osservatorio sulla finanza e la contabilità degli enti locali* messo a disposizione dal Ministero dell'Interno e le elaborazioni fornite dall'Istat sui bilanci consuntivi presenti nell'*Osservatorio* del Ministero. In entrambi i casi le informazioni raccolte risultano omogenee e comparabili tra le varie amministrazioni comunali, perché si basano su un modello utilizzato da tutti i Comuni⁶.

⁵ Nell'analisi si è scelto di non approfondire due aspetti comunque di interesse: quello relativo alle entrate dei Comuni e quello sulle spese per investimenti. Tale scelta è legata, nel primo caso, al fatto che la rendicontazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali avviene esclusivamente tra le spese correnti; nel secondo caso, all'obiettivo di approfondire le dinamiche e le caratteristiche della spesa al di là delle modalità di acquisizione delle risorse e dei soggetti coinvolti, argomento che avrebbe chiesto un'analisi specifica.

⁶ Sulla base del decreto del presidente della Repubblica n. 194 del 1996, infatti, ogni Comune deve immettere i dati relativi al proprio rendiconto in un modello condiviso tra le varie amministrazioni comunali, che dettaglia le voci principali di entrata e di spesa. Tale modello è stato adottato dai Comuni a partire dal 1998.

Tabella 1 - I dati sulla spesa sociale rilevati nei certificati consuntivi dei Comuni

Fonte: Ministero dell'Interno, Osservatorio sulla finanza e la contabilità degli enti locali	Tipi di dati disponibili	Metodiche di rilevazione e/o di analisi	Accessibilità
	È attiva una banca dati che raccoglie i dati di bilancio, certificati nei documenti sia preventivi che consuntivi, e relativi a ciascuna amministrazione provinciale, ciascuna Comunità montana e singolo Comune, per gli anni della serie storica 1998-2003.	La metodica di rilevazione si basa sulla raccolta dei vari tipi di certificati redatti dagli enti locali secondo un modello comune definito nel d.p.r. n. 194 del 1996, che consente il confronto dei flussi finanziari dei vari soggetti. Attraverso la scelta dell'ente locale e/o dell'anno di interesse, infatti, si accede ad un certificato dei bilanci di previsione o di consuntivo, articolato in numerosi quadri (uguali per ogni tipologia di ente) riguardanti, tra gli aspetti principali: le entrate, le spese correnti, le spese in conto capitale, schemi riassuntivi, ecc. Ogni quadro è a sua volta composto da una matrice doppia, che incrocia due tipologie di informazioni. Guardando in particolare al quadro delle spese correnti dei certificati consuntivi, che, come vedremo, sono stati uno degli oggetti privilegiati della nostra indagine, la matrice è composta da una parte dalle funzioni/servizi/interventi di spesa (tra cui quella dedicata al sociale e alle sotto-funzioni che lo compongono), dall'altra dalle tipologie di spesa (quali: il personale, le prestazioni di servizi, i trasferimenti, ecc.). Sul versante della spesa sociale, le voci di spesa utilizzate sono: <i>a</i>) asili nido, servizi per l'infanzia e per minori; <i>b</i>) strutture residenziali e di ricovero per anziani; <i>c</i>) assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; <i>d</i>) servizio necroscopico-cimiteriale.	La banca-dati è <i>on line</i> presso il sito del Ministero e accessibile per ogni utente.

RPS

Francesca Carrera, Anna Teselli

segue Tabella 1

	Tipi di dati disponibili	Metodiche di rilevazione e/o di analisi	Accessibilità
Fonte: Istat, 2005; Ministero dell'Interno	Vengono forniti dati provvisori tratti dai certificati consuntivi delle amministrazioni locali (Comuni e Province) per l'anno 2003, disaggregati per regione e per classe di ampiezza demografica (in anticipo rispetto ai risultati delle rilevazioni tradizionali).	Sulla base di un accordo con il Ministero dell'Interno, l'Istat ha realizzato una rilevazione rapida sui certificati di conto di bilancio dei Comuni del 2003, basata su procedure campionarie e su un'acquisizione diretta delle informazioni attraverso modalità telematiche. In tale rilevazione sono stati inclusi tutti i Comuni capoluogo di provincia e i Comuni con più di 60.000 abitanti. I dati sono raccolti in tabelle che riguardano: <i>a)</i> le entrate dei Comuni, suddivise per tipologie (es.: entrate tributarie, contributi e trasferimenti, ecc.), per macro-area geografica, per Regione e per Comuni di diversa ampiezza demografica; <i>b)</i> le spese correnti e in conto capitale, suddivise per tipologia (es.: personale, acquisto di beni e servizi, trasferimenti, ecc.), per funzione (es.: amministrazione, settore sociale, territorio e ambiente, ecc.), per macro-area geografica, per Regione e per Comuni di diversa ampiezza demografica; <i>c)</i> un quadro riepilogativo della gestione finanziaria dei Comuni sulla base di indicatori economico-strutturali, quali il grado di autonomia impositiva, quello di rigidità strutturale, ecc. Viene fornito anche un glossario dei termini tecnico-specialistici utilizzati.	I dati e le elaborazioni sono <i>on line</i> presso il sito dell'Istat e accessibile per ogni utente.

Se tale impostazione consente per la prima volta un'analisi comparata delle entrate e delle spese complessive sostenute dai Comuni e quindi appare uno strumento strategico di confronto delle *policy* generali, risulta nello stesso tempo un mezzo a maglie eccessivamente larghe qualora si voglia entrare nel dettaglio della rendicontazione di una politica specifica. La spesa corrente in campo sociale, infatti, viene articolata in quattro voci: asili nido, servizi per l'infanzia e per minori; strutture residenziali e

di ricovero per anziani; assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona; servizio necroscopico-cimiteriale.

Come si può notare, le quattro voci sono tra loro alquanto disomogenee; mentre quella per gli anziani, oltre a riferirsi ad un *target* specifico, individua anche un determinato servizio – quello di tipo residenziale – la voce destinata agli interventi per i minori, a parte i nidi, si presenta, seppure riferita ad una categoria di utenza, come ambito molto ampio e poco dettagliato. Così come ancora più generica risulta la categoria di spesa dedicata all'ampio capitolo dell'assistenza e della beneficenza, da cui non è possibile ricavare l'articolazione specifica dei servizi e degli interventi concretamente finanziati. L'ultima voce, poi, sui servizi necroscopico-cimiteriali ha poco a che vedere con la programmazione e l'erogazione di un sistema integrato di servizi alla persona e va, a nostro avviso, non considerata come parte di un bilancio socio-assistenziale territoriale⁷.

2.2 *La prima indagine censuaria dell'Istat: una fonte analitica*

Proseguendo nell'analisi sulle fonti disponibili sulla spesa sociale, una tipologia differente di informazioni viene fornita dalla prima indagine censuaria realizzata dall'Istat sugli interventi e sui servizi sociali erogati dai Comuni singoli o associati⁸. In questo caso, i dati sono stati rilevati direttamente dai Comuni o indirettamente tramite le Regioni e, come si vede dalla tabella 2, si riferiscono ad un insieme di servizi/interventi sociali molto più ampio di quello fornito nei certificati consuntivi. La

⁷ Sono presenti ulteriori fonti che forniscono i dati dei bilanci dei Comuni, tra cui segnaliamo: 1) la banca-dati della rete dei Comuni italiani *Ancitel*, le cui informazioni non sono però pubblicate; 2) un'analisi sui bilanci dei Comuni per regione e classe di ampiezza demografica all'anno 2000, divulgate nel secondo rapporto curato dal Formez (con Anci, Legautonomie, Uncem, Upi; 2003) sullo stato delle autonomie locali. Anche in questo caso le informazioni elaborate si limitano a fotografare la spesa sociale a partire dalle ampie macro-categorie sopra citate, dal momento che si basano, come le precedenti fonti, sui dati presentati nei certificati consuntivi dai Comuni dell'*Osservatorio della Finanza locale*.

⁸ Tale indagine è stata in parte riportata nel *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* (2005) realizzato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Oltre all'Istat, l'indagine ha visto coinvolti il Cisis, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, la Ragioneria generale dello Stato, le Regioni e quindi i Comuni. Nel corso del 2007, l'Istat dovrebbe divulgare la seconda *Indagine censuaria sui servizi e gli interventi socio-assistenziali*.

spesa, infatti, risulta analizzata per aree di utenza (famiglia e minori, anziani, disabili, disagio adulti, immigrati, dipendenze, multiutenze), per macro-tipi di interventi (interventi e servizi, trasferimenti in denaro, strutture), per ente gestore e per Regioni e macro-aree geografiche.

Tabella 2 - La spesa sociale dei Comuni ricostruita dall'indagine censuaria Istat

Tipi di dati disponibili	Metodiche di rilevazione e/o di analisi	Accessibilità
Sono stati rilevati (anno 2003) dati sulla spesa sostenuta dai Comuni singoli e associati per gli interventi e i servizi sociali ed elaborati: (i) per Regioni di appartenenza e per macro-aree geografiche; (ii) per ente gestore: Comuni, distretti socio-sanitari, associazioni di Comuni; (iii) per macro-area di interventi: interventi e servizi, trasferimenti in denaro, strutture. Per ciascuna delle tre macro-voci, vengono elencati i servizi/interventi che coprono più spesa o con maggiore presenza sul territorio. Inoltre, ogni macro-voce viene dettagliata in un insieme di singoli interventi e servizi erogati; (iv) per area di utenza (quelle previste dalla legge 328/00 e dalla classificazione europea della protezione sociale - Sespros): famiglia e minori, anziani, disabili, disagio adulti, immigrati, dipendenze, multiutenze.	Si tratta della <i>Prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali</i> , realizzata dall'Istat in collaborazione con diverse istituzioni nazionali e locali. La rilevazione è stata effettuata «a distanza», attraverso la somministrazione di un questionario elettronico, che è stato compilato dai Comuni, dalle associazioni di Comuni, oppure indirettamente da alcune Regioni che hanno intervistato i propri Comuni. È stata anche condotta una classificazione condivisa dei singoli servizi e interventi erogati, nonché una mappa territoriale degli enti gestori finalizzata a mettere a fuoco come i Comuni si organizzano per l'erogazione dei servizi.	Dati ed elaborazioni sono disponibili <i>on line</i> presso il sito dell'Istat. L'analisi è però possibile esclusivamente per macro-aree regionali e per Regioni o grandi Comuni. Anche su richiesta, l'Istat non è autorizzato a rendere disponibili i micro-dati relativi ai singoli Comuni o a quelli associati.

Fonte: Istat, 2005, Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (singoli e associati).

Nel complesso, quindi, se ne ricava una mole di informazioni più dettagliata e analitica di quella fornita dall'*Osservatorio* sulla finanza locale, che consente, come vedremo a seguire, una ricostruzione più verosimile della ripartizione quantitativa e qualitativa, nonché delle modalità di gestione, con cui si articola il finanziamento dei sistemi locali di intervento sociale. Nello stesso tempo, però, la metodologia utilizzata in questa indagine, essendo basata su una rilevazione tramite questionario rivolta ai funzionari locali, non tiene conto della documentazione economico-finanziaria che i Comuni da decreto sono tenuti a rilasciare. Se, quindi, le informazioni elaborate risultano maggiormente analitiche, sono però anche difficilmente comparabili con quelle di tipo amministrativo che certificano ufficialmente gli esercizi finanziari: ancora non è stato colmato, cioè, il salto logico tra ciò che viene dichiarato e ciò che viene formalizzato in atti amministrativi cogenti. Perciò, non è possibile mettere a sistema i due canali informativi, ma ci si può limitare, come si farà nel paragrafo successivo, a mettere a fuoco gli aspetti salienti che l'una e l'altra fonte rilevano, senza poter realizzare letture integrate. In tal senso, la rilevazione Istat non consente di dettagliare i dati dei certificati consuntivi e viceversa questi non permettono di riconoscere valore amministrativo-rendicontativo alla varietà delle informazioni raccolte tramite indagine di campo dall'Istat. Il valore aggiunto dell'indagine censuaria Istat sta, invece, nell'aver fornito per la prima volta una classificazione condivisa degli eterogenei interventi e servizi forniti dagli enti locali; una buona base di partenza per dettagliare maggiormente anche in fase di certificazione di bilancio nuclei comuni di interventi e servizi e della spesa relativa. A titolo esemplificativo, nella spesa per famiglia e minori, vengono dettagliati i costi di interventi e servizi, quali il servizio sociale professionale, servizi e interventi di tipo educativo-assistenziale e per l'inserimento lavorativo, l'assistenza domiciliare alle famiglie, i servizi di supporto. Questo insieme potrebbe essere identificato come specifica della spesa per gli interventi destinati a minori e famiglia anche nei bilanci, consentendo un'analisi di maggiore dettaglio della spesa sociale. Per concludere, si segnala come, oltre alle fonti analizzate, siano diffusi studi *una tantum* che forniscono elaborazioni e analisi sulla spesa sociale, talvolta non solo dei Comuni, ma anche delle Regioni e/o delle Province; studi che non risultano comparabili tra loro o con i dati messi a disposizione dalle fonti istituzionali⁹.

⁹ Ad esempio, per citare uno dei lavori più recenti, si pensi ad un *focus* realizzato dalla Fondazione Zancan (2005), in cui si analizza non la spesa sociale certificata

3. I dati e le informazioni sulla spesa socio-assistenziale

Come anticipato, in questa parte si fornisce un'analisi sui dati e le informazioni forniti dalle fonti nazionali sulla spesa sociale sopra analizzate. La finalità è stata di ricostruire un quadro su questo tema che consentisse di fornire una visione di sistema su una tematica finora trattata in modo frammentario e occasionale, ma nello stesso tempo cruciale per orientare le *policy* sul territorio.

In sintesi, riprendendo l'analisi sopra realizzata, i dati finanziari ad oggi disponibili sulla spesa sociale risentono prevalentemente di due elementi di criticità riferibili alla comparabilità e all'analiticità delle informazioni rilevate. Nel complesso le fonti, se sono comparabili, come per esempio l'*Osservatorio* della finanza locale del Ministero dell'Interno, non forniscono informazioni di dettaglio sulle tipologie di interventi e servizi prestati a livello locale; se sono analitiche, come per esempio l'indagine censuaria realizzata dall'Istat, non sono comparabili né sistemiche ma, almeno fino ad oggi, si caratterizzano come rilevazioni *una tantum*.

3.1 I rendiconti sul sociale nei bilanci comunali

L'*Osservatorio* sulla finanza locale del Ministero dell'Interno fornisce un quadro della composizione delle voci di spesa così come riportato nei bilanci comunali, secondo le diverse funzioni, tra cui la funzione del settore sociale e le diverse tipologie di spesa.

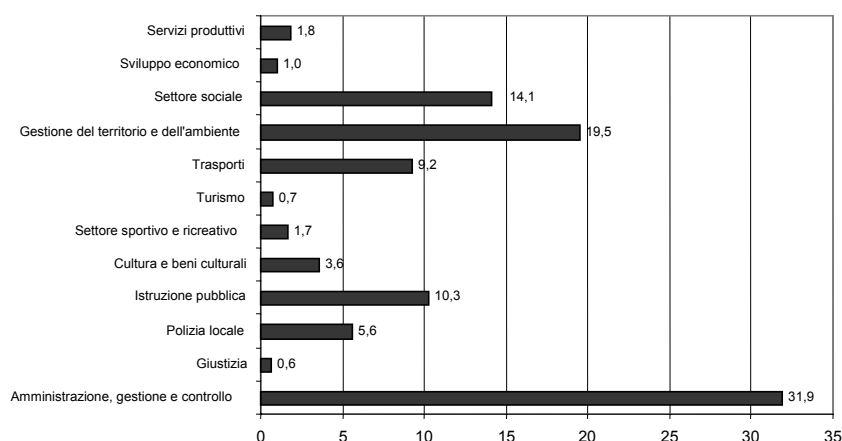
Il grafico 1 rappresenta una fotografia nazionale della composizione della spesa dei Comuni per macrofunzioni, così come emerge dall'articolazione dei bilanci. Da una lettura generale dei dati relativi alle spese correnti (anno 2003) suddivise per macrofunzioni, risulta come il peso del settore sociale rispetto alle altre funzioni di spesa sia del 14,1%, dato che in termini assoluti è pari a circa 6,4 miliardi di euro. Le voci di spesa più elevate sono quelle destinate alla funzione «amministrazione, gestione e controllo» che rappresenta il 31,9% del totale della spesa; e alla funzione «gestione del territorio e dell'ambiente (19,5%)». A queste segue, al terzo posto, la funzione del sociale.

A livello regionale, viene sostanzialmente confermata questa tendenza nazionale a concentrare le uscite per le funzioni di «gestione, ammini-

dai Comuni, ma quella delle Regioni, a partire da un'analisi dei bilanci consuntivi regionali (anno di riferimento: 2001).

strazione e controllo» di «gestione del territorio»; rispetto all'articolazione territoriale, al Sud le quote di spesa dedicate alla gestione interna risultano superiori alla media nazionale riportata nel grafico 1.

Grafico 1 - Spese correnti delle amministrazioni comunali per le macrofunzioni. La spesa dei Comuni per la funzione sociale (anno 2003)



Fonte: Elaborazioni Ires su dati Osservatorio finanza locale.

Considerando la spesa dedicata dai Comuni italiani al settore sociale, ancora nelle Regioni del Sud si registra uno scostamento verso il basso, rispetto al valore medio nazionale (14,1%)¹⁰ (tabella 3).

¹⁰ Sebbene quanto sin qui detto mostri chiaramente quale sia la tendenza a livello nazionale, e cioè che la spesa dei Comuni per il settore sociale si colloca fra le prime tre voci nei bilanci, per un'analisi più attenta a livello regionale, occorre precisare che il valore medio italiano (14,1%) è influenzato dalla percentuale di spesa sociale registrata in Friuli-Venezia Giulia (26,2%) che contribuisce in modo piuttosto significativo ad elevare la media. Eliminando il valore massimo (appunto quello del Friuli-Venezia Giulia) e quello minimo (6,7% della Calabria), si ottiene un quadro leggermente modificato. Il valore medio italiano scende, infatti, al 12,9% e le distanze si riducono, pur rimanendo la funzione sociale al terzo posto.

Tabella 3 - Percentuali di spesa per la funzione sociale e Regioni (anno 2003)

Regioni	Funzione sociale
Calabria	6,7
Puglia	9,6
Basilicata	9,9
Campania	9,0
Molise	7,2
Lazio	13,7
Abruzzo	8,7
Umbria	12,2
Marche	13,9
Toscana	13,0
Emilia Romagna	20,7
Liguria	11,1
Piemonte	13,7
Veneto	15,1
Friuli-Venezia Giulia	26,2
Trentino Alto Adige	12,8
Lombardia	18,2
Sicilia	12,3
Sardegna	17,7
Italia	14,1

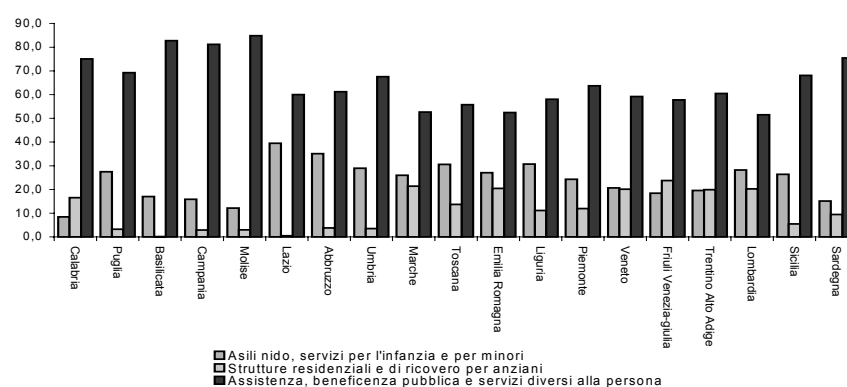
Fonte: Elaborazioni Ires su dati Osservatorio finanza locale.

Focalizzando l'attenzione sul *settore sociale*¹¹, si evidenzia come poco più del 60% della spesa viene destinata ad un capitolo ampio denominato *assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona*; il restante alle voci *asili-nido, servizi per l'infanzia e per minori* (il 26,3%) e *strutture residenziali e di ricovero per anziani* (il 13,6%). Questa tendenza viene confermata anche dall'analisi dei dati a livello regionale (cfr. grafico 2), per cui la voce *assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona* risulta la più significativa, in tutte le Regioni, con punte più elevate rispetto alla media nazionale nelle Regioni del Sud. Questo dato con-

¹¹ Escludendo il servizio necroscopico e cimiteriale.

fermerebbe l'ipotesi che questa voce di spesa viene utilizzata dai Comuni come un «contenitore indistinto» che comprende molteplici servizi e interventi differenziati fra loro.

Grafico 2 - La spesa dei Comuni per tipologie di servizio della funzione sociale (anno 2003)



Fonte: Elaborazioni Ires su dati Osservatorio finanza locale.

Inoltre, a livello nazionale le quote di gestione dei servizi e degli interventi che assorbono più risorse, oltre il 90% del totale della *funzione sociale*, sono quelle relative alle voci per: «prestazioni di servizi» (il 40%), che riguardano le spese destinate all'acquisizione di servizi da soggetti terzi da parte dei Comuni; a seguire per i «trasferimenti» (il 28%), che rappresentano le quote finanziarie che i Comuni versano ad altri soggetti, senza ottenere/richiedere specifici interventi o servizi; infine per la voce «personale» (il 25%), che si riferisce ai costi sostenuti dai Comuni per il personale interno all'amministrazione.

Queste tendenze generali cambiano se si considera in che modo all'interno di ciascuna categoria del settore sociale descritta vengono destinati gli impegni. Esemplificando, per gli *asili nido* la voce di spesa maggiore è quella destinata al «personale» interno all'amministrazione (48,4%), per le *strutture residenziali e di ricovero per gli anziani* è la voce «prestazione di servizi» (49,8%) la più elevata. Discorso diverso va fatto, invece, per la funzione *assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona*. In questo caso infatti, la voce «trasferimenti» risulta la più

elevata (41,5%) soprattutto nelle Regioni del Sud, mentre al Centro e al Nord, pur mantenendo elevati livelli di spesa, viene superata dalle prestazioni di servizi.

Nel complesso comunque questi andamenti confermano la tendenza dei Comuni all'esternalizzazione e all'affidamento a soggetti esterni dell'erogazione di questa tipologia di servizi e interventi che rientrano nell'ampio capitolo di spesa denominato *assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona*.

3.2 La spesa in dettaglio per tipologie di servizi e interventi socio-assistenziali

A differenza dei dati sulla spesa sociale sostenuta dai Comuni rilevati dall'Osservatorio sulla finanza locale del Ministero dell'Interno, attraverso l'indagine Istat è possibile ottenere informazioni di dettaglio sull'articolazione della spesa comunale in relazione alle diverse tipologie di servizio e intervento e alle aree di utenza considerate¹².

La spesa sostenuta dai Comuni nel 2003 per i servizi sociali, secondo questa indagine, è stata pari a 5,3 miliardi di euro. A livello nazionale la maggior parte della spesa (l'84%) è rivolta alle aree di utenza cosiddette tradizionali, quali la famiglia e i minori (il 38%), gli anziani (il 25%) e i disabili (il 21%), mentre la spesa erogata per tutte le altre aree di utenza è pari a circa il 16%.

Per quanto riguarda invece l'andamento della spesa secondo le tre macro-aree di intervento analizzate, la spesa si distribuisce in maniera uguale fra l'area «interventi e servizi» e l'area «strutture» (rispettivamente del 37%), mentre per i «trasferimenti in denaro» la spesa è pari al 26,0%. Inoltre, le quote di spesa maggiori sostenute dai Comuni sono rivolte ai servizi «storici/tradizionali», non a carattere innovativo e integrato, come per esempio gli asili nido per la famiglia e i minori, l'assistenza domiciliare per gli anziani, i servizi e gli interventi di tipo educativo per i disabili.

¹² L'indagine censuaria Istat fornisce anche i dati sulla spesa sociale pro capite (in Italia pari nel 2003 a poco più di 91 euro), calcolata sulla rispettiva popolazione di riferimento. In riferimento alle aree di utenza, e considerando quelle tradizionali a cui i Comuni dedicano nel complesso più dell'80% della spesa, in media la spesa sociale pro capite per l'area «famiglia e minori» è pari a circa 86 euro; per l'area «anziani» a 119 euro; per l'area «disabili» a 1.568 euro.

Tabella 4 - Spesa sociale dei Comuni per area di utenza e macroarea di interventi e servizi (anno 2003)

Macro aree di intervento	% di spesa su tot. area utenza	Tipologie principali di servizi e interventi
<i>Famiglia e Minori</i>	38,3%	
<i>di cui per:</i>		
Interventi e servizi	17,8%	La quota di spesa destinata alle famiglie e ai minori per l'erogazione di interventi e servizi più consistente è quella prevista per le attività di servizio sociale professionale (7,9%), a cui segue quella destinata ai servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori (4,3%).
Trasferimenti in denaro	26,8%	Si tratta di contributi economici destinati prevalentemente al pagamento della retta per prestazioni residenziali (7,7%) e al pagamento dei contributi economici ad integrazione del reddito familiare (4,7%). Solo lo 0,3% dei trasferimenti in denaro rivolti alla famiglia e ai minori è finalizzato all'inserimento lavorativo.
Strutture	55,4%	Nel complesso si tratta di strutture a carattere semiresidenziale o diurne (48,9%) e sono prevalentemente asili nido (39,3%).
<i>Anziani</i>	24,9%	
<i>di cui per:</i>		
Interventi e servizi	44,9%	Sono soprattutto interventi di assistenza domiciliare (35,5%).
Trasferimenti in denaro	24,8%	Si tratta di contributi economici destinati prevalentemente al pagamento della retta per prestazioni residenziali (14,3%).
Strutture	30,3%	Si tratta prevalentemente di strutture comunitarie a carattere residenziale (25,6%).
<i>Disabili</i>	20,6%	
<i>di cui per:</i>		
Interventi e servizi	44,1%	Il 19,9% della spesa per interventi e servizi rivolti ai disabili è destinato agli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo e il 10,8% all'assistenza domiciliare.
Trasferimenti in denaro	26,0%	Si tratta di contributi economici destinati prevalentemente al pagamento della retta per prestazioni residenziali (7,6%) e ai contributi economici ad integrazione del reddito familiare (7,2%). La quota di spesa destinata all'inserimento lavorativo è pari invece a 1,1%.

segue Tabella 4

Macro aree di intervento	% di spesa su tot. area utenza	Tipologie principali di servizi e interventi
Strutture	29,9%	Nel complesso si tratta di strutture a carattere semi-residenziale o diurne (19,2%).
Disagio adulti	6,8%	
di cui per:		
Interventi e servizi	30,6%	La quota di spesa più consistente in questa macro-area è destinata al servizio sociale professionale (10,3%) e agli interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo (7,3%).
Trasferimenti in denaro	54,8%	Sono prevalentemente contributi economici per l'integrazione del reddito familiare (18,4%) e per l'alloggio (16,2%).
Strutture	14,6%	La spesa maggiore è quella per le strutture comunitarie e residenziali (12,0%).
Multiutenze	5,9%	
di cui per:		
Interventi e servizi	5,9%	Sono principalmente voci di spesa dedicate alle azioni di sistema e alle spese di organizzazione (73,3%).
Immigrati	2,3%	
di cui per:		
Interventi e servizi	44,7%	Poco più della metà della spesa è rivolta alle attività di servizio sociale professionale (23,9%).
Trasferimenti in denaro	23,2%	Si tratta prevalentemente di contributi economici per l'alloggio (7,0%) e per l'integrazione del reddito familiare (5,5%).
Strutture	32,1%	Nel complesso sono strutture comunitarie e residenziali (28,1%).
Dipendenze	1,1%	
di cui per:		
Interventi e servizi	55,2%	Il 17% della spesa è destinata ai servizi e interventi per l'integrazione sociale, il 16,1% agli interventi e servizi educativi e per l'inserimento lavorativo, il 12% per le attività di servizio sociale professionale.
Trasferimenti in denaro	20,2%	Si tratta prevalentemente dei contributi al pagamento per la retta per prestazioni residenziali (4,8%).
Strutture	24,6%	Il 12% della spesa è destinata alle strutture diurne o semi-residenziali, l'8,5% alle strutture comunitarie e residenziali.

Fonte: Elaborazioni Ires su dati Istat 2005.

Dalla lettura incrociata dei dati sulle aree di utenza e sulle macro-aree di intervento, risulta che la spesa dei Comuni destinata ai «trasferimenti in denaro», ad eccezione degli adulti in difficoltà, costituisce la quota minore di spesa rispetto alle altre due macro-aree (servizi e interventi e strutture). Da una parte, questo dato potrebbe essere interpretato – in prima battuta – come la risposta dei Comuni alla necessità, ormai da anni evidenziata da più parti, di superare la logica dell'assistenzialismo basata sull'erogazione dei contributi economici, attraverso la realizzazione di servizi e interventi fra loro integrati. In realtà questo dato, da solo, non consente di confermare tale interpretazione: occorrerebbe disporre delle informazioni sul numero degli utenti e sulla quantità di servizi e strutture effettivamente realizzate dai Comuni (che l'indagine Istat non fornisce). In tal modo, infatti, si potrebbe confrontare il numero dei beneficiari della misura «trasferimento in denaro» con quello dei destinatari dei servizi e valutarne il peso relativo.

Inoltre realizzare servizi e strutture richiede da parte dei Comuni quote di spesa maggiori rispetto alla «semplice» erogazione di contributi economici: esemplificando, la quota di spesa necessaria alla realizzazione di un asilo nido o di un centro diurno è ovviamente maggiore rispetto alla spesa per il pagamento di un contributo finalizzato all'integrazione del reddito familiare. Una quota maggiore di spesa per servizi e strutture quindi non corrisponde in modo meccanico ad un numero più elevato di beneficiari rispetto a quello dei destinatari di misure economiche. Anzi, con molta probabilità, si tratta di una relazione inversamente proporzionale, per cui anche se più bassa la spesa per trasferimenti in denaro consente di raggiungere una platea più vasta di destinatari.

Infine, per quanto riguarda il livello territoriale occorre evidenziare che rispetto alle aree di utenza la distribuzione della spesa rispecchia sostanzialmente l'andamento nazionale, a conferma che in Italia il sistema socio-assistenziale è organizzato/strutturato secondo categorie di beneficiari.

4. Conclusioni. Quanto e come spendono i Comuni in Italia per gli interventi e i servizi socio-assistenziali?

Due sono stati i quesiti di fondo dello studio Ires sulla spesa sociale sostenuta dai Comuni italiani, illustrati in questo articolo: quante ri-

sorse vengono investite per la realizzazione di servizi e interventi socio-assistenziali e secondo quali modalità?

Sul primo aspetto, le fonti non concordano tra loro: secondo l'indagine censuaria dell'Istat la spesa socio-assistenziale nel 2003 è stata pari a 5,3 miliardi di euro, mentre secondo i dati dell'*Osservatorio* del Ministero dell'Interno sulla finanza locale è stata pari a 6,4 miliardi di euro, sempre per lo stesso anno. Tali effetti discrepanti nell'individuazione del macro-valore corrispondente all'investimento complessivo compiuto dai Comuni sul settore socio-assistenziale sono già un segnale di quanto risulti complessa un'analisi su tale tematica.

Questo aspetto è stato ampiamente trattato nel secondo paragrafo dell'articolo, in cui si è messa in luce la natura disarticolata delle fonti nazionali e locali sulla spesa socio-assistenziale e quindi delle informazioni reperibili. Si passa da documenti di rendicontazione locali, spesso finalizzati ad analisi di tipo amministrativo, più che di efficacia/efficienza delle *policy*, a banche-dati ministeriali che, se consentono confronti tra le varie realtà locali, si limitano a mettere a fuoco alcune macro-voci di spesa, senza approfondirne caratteristiche analitiche importanti per una lettura di merito sulle scelte compiute in un settore come quello socio-assistenziale contraddistinto da un insieme ampio e vario di interventi, progetti, servizi.

L'analisi poi si complica ulteriormente quando si tenta di approfondire il secondo aspetto, quello cioè della composizione interna della spesa socio-assistenziale. D'altra parte, tale elemento risulta, a nostro avviso, cruciale quanto il primo: se, infatti, attraverso una lettura dell'ammontare complessivo delle risorse investite sul comparto socio-assistenziale è possibile valutarne il peso anche rispetto ad altri ambiti di intervento sociale, come la sanità, l'educazione e così via, un'analisi dell'articolazione interna della spesa socio-assistenziale consente un approfondimento delle *policy* locali, del loro valore in termini assoluti e relativi.

Su questo aspetto, però, l'indagine è risultata ancora più complessa sempre per lo stato delle fonti e dei dati disponibili. Da una parte, ad esempio, attraverso la banca-dati dell'*Osservatorio* è stato possibile comparare la spesa sociale dei Comuni in quanto vengono elaborate le informazioni contenute nei bilanci consuntivi dei Comuni secondo griglie omogenee, ma al prezzo di ottenere i dati sul settore sociale raccolti secondo voci di spesa ampie e generiche, quali per esempio quella di «assistenza e beneficenza pubblica». D'altra parte, anche nel caso in cui, come nell'indagine censuaria Istat, vengono fornite in-

formazioni dettagliate sulle tipologie di servizio e intervento, si è evidenziato come non risulti possibile ricondurle ai vari comportamenti amministrativo-politici dei Comuni, in quanto i dati vengono presentati per macro-aree geografiche o per regione e non per singoli comuni. In pratica, si conoscono i vari interventi e servizi realizzati, ma non i soggetti cui fanno capo.

In ogni caso, come si è detto nel terzo paragrafo, da entrambe le fonti sono risultati prevalere i seguenti aspetti: *a)* una spiccata articolazione della spesa sociale dei Comuni sul versante dei servizi e degli interventi rivolti a categorie storiche di utenza, quali in particolare gli anziani e i minori; *b)* una debolezza delle informazioni e dei dati sull'articolazione della spesa sociale secondo specifiche tipologie di servizio e intervento; *c)* quote di spesa maggiori destinate all'erogazione di «trasferimenti» monetari/contributi economici rispetto a quelle per servizi e strutture.

Se questo è risultato essere lo stato delle fonti e delle informazioni disponibili in materia di spesa per servizi e interventi socio-assistenziali, attuare politiche integrate in campo sociale, anche finalizzate a migliorare il funzionamento del sistema socio-sanitario, difficilmente potrà prescindere da una politica dei dati più efficiente e sistematica. Soltanto attraverso la realizzazione di azioni di sistema tese ad armonizzare fonti e informazioni e a costruire un sistema di monitoraggio nazionale, oltre a conoscere tramite rilevazioni puntuali e comparabili in che modo i vari Comuni investono le proprie risorse su servizi e interventi socio-assistenziali, si potranno compiere analisi di merito sulle *policy* che sono alla base delle scelte di sostegno finanziario, mettendo in luce se e come le attività di programmazione, gestione, ed erogazione dei servizi sociali siano in grado di rispondere ai bisogni della cittadinanza secondo i criteri dell'efficacia e dell'efficienza.

Le banche dati sulla salute. Verso la costruzione di un'epidemiologia assistenziale

Vito Lepore, Vito Samarelli, Gianvito Schena, Antonio D'Ettorre

RPS

Tra le diverse chiavi di lettura del sistema socio-sanitario in Italia il dedicare uno spazio al *tema informativo, della politica dei dati* è già dichiararne la sua criticità e particolare problematicità.

Infatti, a fronte di un crescente numero di rapporti, informazioni, rilevazioni, statistiche, descrizioni, proiezioni sui tanti aspetti socio-sanitari del nostro paese, diveniamo man mano sempre più coscienti dei loro limiti. A titolo meramente esemplificativo basti citare, tra le diverse fonti nazionali di facile e libero accesso, tutti i siti e/o banche – di dati (Bdd) istituzionali quali l'Istat (si consulti ad esempio l'*Annuario statistico italiano 2006* di recente pubblicazione e interamente disponibile *on-line*); il Ministero della Salute; l'Agenzia italiana del farmaco; l'Istituto superiore di sanità; l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro; Cineca - Rapporto Arno¹.

L'ampia disponibilità di tali fonti informative risponde a criteri di democrazia e trasparenza delle diverse istituzioni e all'obiettivo di una sempre maggiore diffusione e conoscenza di dati di pubblica utilità.

La consultazione di alcune tra le più evolute Bdd consente un certo livello di interazione permettendo, all'utente più esperto, di interrogare la banca dati attraverso una serie limitata di «*query*».

Sulla base di una esperienza ormai decennale nella utilizzazione di alcune di tali Bdd il nostro gruppo di lavoro con il presente contributo si propone di fornire alcuni approfondimenti metodologici e soprattutto illustrare alcuni auspicabili sviluppi nella utilizzazione di tali flussi informativi come sistemi appropriati di valutazione e sorveglianza di interventi in ambito socio-sanitario per categorie di problemi/bisogni e/o cittadini non sempre «visibili» nelle statistiche cosiddette ufficiali (Vitullo e al., 1997; Lepore e al., 2002a).

¹ Vedi nei riferimenti bibliografici a fine sezione alcuni siti web di interesse.

1. Considerazioni generali

Pur se prevalentemente di carattere sanitario le diverse Bdd attualmente disponibili, mostrate in tabella 1, si caratterizzano per un contenuto informativo sostanzialmente differente. Come ampiamente noto la crescente diffusione e, soprattutto informatizzazione di tali banche di dati è strettamente connessa alla loro utilizzazione per scopi amministrativo-gestionali.

La produzione di tali dati è strettamente locale (generalmente a livello di comune o di unità socio-sanitaria locale) con un costante flusso informativo che vede essenzialmente due diversi livelli di raccolta ed elaborazione: il livello regionale e quello nazionale. Pur non entrando nel merito di ciascuna delle potenziali fonti di dati due considerazioni appaiano necessarie:

- 1) dati meramente *amministrativi* (quali ad es. anagrafe assistiti), *obbligatori* (ad es. schede di dimissione ospedaliera), presenti e *consolidati* da più lungo tempo (ad es. schede di morte) possono presentare più alti livelli di completezza, affidabilità e un più completo archivio storico rispetto a flussi informativi di contenuto più specifico, non obbligatori e di più recente introduzione;
- 2) la produzione necessariamente locale per tutti gli archivi appena ricordati influenza in modo determinante la possibile *variabilità dei dati* che può, oggi, essere riguardata non solo e non sempre come limitazione, ma come ulteriore opportunità e amplificazione del contenuto informativo di siffatti flussi «amministrativi».

2. I passaggi necessari

Le Bdd su cui, oggi, è maggiormente concentrata l'attenzione dei ricercatori sono: *a*) Anagrafe assistiti (Aa); *b*) Schede di dimissioni ospedaliere (Sdo); *c*) Prescrizioni farmaceutiche (Pf); *d*) Schede di morte (tab. 1). Tale interesse è ovviamente determinato, nelle diverse realtà territoriali italiane, dal livello di completezza, affidabilità, accessibilità, informatizzazione, copertura temporale di tali flussi informativi (Lepore e al., 2002*b*).

In tabella 2 sono sinteticamente riportati alcuni passaggi necessari la cui conoscenza e osservanza caratterizzano specificatamente i limiti e le opportunità dell'approccio qui proposto.

Tabella 1 - Le banche di dati (Bdd) o database in ambito clinico-sanitario

– Anagrafe assistiti (Aa)
– Schede di dimissione ospedaliera (Sdo)
– Prescrizioni farmaceutiche (Pf)
– Schede di morte e/o stato in vita
– Invalidità civile
– Esenzione ticket
– Residenzialità
– Archivi ambulatoriali
– Archivi medici di medicina generale (Mmg)
– Dati <i>ad hoc</i> : es. schede, protocolli, cartelle cliniche
– Registri per patologia

Tabella 2 - I «passaggi necessari»

– La «qualificazione» dei database e del loro contenuto
– Il collegamento tra i diversi database (<i>record linkage</i>)
– La centralità dell'unità di osservazione
– Le variabili in gioco:
a) indicatori
b) traccianti
c) risultati/esiti

2.1 La «qualificazione» della banca di dati e del suo contenuto

Qualificare una Bdd coincide con la perfetta e completa conoscenza e descrizione del suo contenuto, delle modalità e dei tempi con cui i dati vengono raccolti, informatizzati, trasmessi ed eventualmente aggiornati. Solo e soltanto tale «competenza» consente una corretta e utile lettura del contenuto informativo e dei suoi possibili approfondimenti.

Ad esempio:

- ♦ la Sdo, compilata all'atto della dimissione dall'ospedale, contiene alcuni dati e/o informazioni limitate al ricovero del soggetto, viene inviata dalle direzioni sanitarie alle Ausl di competenza con cadenza trimestrale, da queste agli uffici regionali e infine al Ministero della Salute;
- ♦ invece la Pf, compilata dal proprio medico di famiglia, contiene

dati e/o informazioni sui farmaci prescritti (al di fuori dell'ospedale), viene consegnata alla farmacia e trasmessa agli uffici competenti dell'Ausl per i successivi adempimenti.

Al di là dei necessari controlli di completezza e correttezza formale di ciascuno dei flussi informativi indicati, l'aspetto che qui preme sottolineare è relativo al contenuto più propriamente informativo di detti database e ai loro possibili e diversi utilizzi.

Alcuni esempi in tabella 3.

- ♦ L'evento «decesso», fondamentale misura di esito per valutare lo stato di salute di una popolazione e l'efficacia di eventuali interventi, è univocamente e facilmente definito. L'informazione è ricavabile dalle schede Istat di morte e/o dalla cancellazione per aggiornamento della Anagrafe assistiti della Usl di residenza. Per indicarne la validità, robustezza e certezza in tabella 3 abbiamo attribuito il massimo punteggio (+++, tre più) e il completo rispetto del *criterio maggiore* (ovvero la presenza e il tempo dell'evento sono ragionevolmente certi; non sono necessarie ulteriori validazioni);
- ♦ diversamente la presenza di una malattia cronica quale il diabete (tab. 3) può essere «suggerita» dal rispetto di alcuni *criteri minori* (quali la presenza di prescrizioni di farmaci antidiabetici nell'archivio Pf e/o la presenza del codice specifico «250» tra le diagnosi di dimissione nell'archivio Sdo), può essere ulteriormente «rafforzata» dal rispetto di *criteri supplementari* (nell'esempio del diabete la ripetuta prescrizione di farmaci antidiabetici come indicatore di esposizione cronica a farmaci traccianti), pur rimanendo inosservato il rispetto del *criterio maggiore* (ovvero presenza/assenza certa del diabete, non necessari studi di validazione). Analogamente dicasi per altre affezioni croniche quali broncopatia ostruttiva e scompenso cardiaco;
- ♦ differentemente la prescrizione di farmaci antidepressivi più che suggerire la presenza di una patologia può essere interpretato come trattamento sintomatico e indicatore di problemi/bisogni. Sotto questo aspetto anche la singola prescrizione di un farmaco antidepressivo può ragionevolmente esplicitare/indicare la presenza di un disagio su cui «tentare» una prescrizione farmaceutica che, spesso, non viene più ripetuta.

Con la diversa combinazione di più *criteri minori* (informazioni estratte dai database delle Pf e delle Sdo) e *criteri supplementari* (ad es. particolari *pattern* prescrittivi, uso di procedure chirurgiche, ecc.) è così possibile

identificare, con buona probabilità, coorti di pazienti portatori di determinate e prescelte patologie e/o problemi (tab. 3).

La correttezza di tale procedura può (e deve, quando possibile) essere verificata:

1. attraverso l'incrocio con Bdd di carattere clinico quali ad esempio i Registri tumori (o di altre patologie) che raccogliendo e controllando tutti i casi presenti in determinati territori rispettano il *criterio maggiore* (tab. 3);
2. attraverso procedure campionarie di validazione. La presenza/assenza di determinate patologie/problemi (scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva, fibrillazione atriale, ecc.) viene verificata interrogando un'altra fonte informativa appropriata (ad es. l'archivio dei Medici di medicina generale) (Tognoni, 1999).

Tabella 3 - Qualificazione delle patologie, problemi, eventi, coorti

Problema/ Patologia/ Evento	Criterio maggiore	Criterio 1 Sdo	Criterio 2 prescr. farm.	Criterio supplementare
Decesso	+++	–	–	–
Diabete	–	+	+	<i>Pattern</i> , tempi Prescr. farm.
Broncopatia cronica	–	+	+	<i>Pattern</i> , tempi Prescr. farm.
Scompenso cardiaco	–	+	+	<i>Pattern</i> , tempi Prescr. farm.
Sintomi depressivi	–	–	+	<i>Pattern</i> , tempi Prescr. Farm.

2.2 Il collegamento tra i diversi data base (record linkage)

Le quattro Bdd su cui abbiamo focalizzato la nostra attenzione (Aa, Sdo, Pf, Schede di morte) rappresentano un primo ma ottimo esempio di complementarità delle diverse fonti informative:

- ♦ l'Aa fotografa, misura, delimita la popolazione di interesse. Costituisce il fondamentale e naturale «denominatore» per i fenome-

ni, problemi, bisogni che si vuole osservare/descrivere, anzi, per fini epidemiologici si potrebbe senz'altro affermare che costituisce il «migliore denominatore» possibile;

- ♦ le Sdo (registrando tutti gli episodi e i motivi di ricovero nella popolazione di interesse) e le Pf (registrando tutti i farmaci prescritti dai Mmg) tracciano un profilo «sanitario» della nostra popolazione da due differenti e complementari punti di osservazione: ospedale e territorio;
- ♦ infine la registrazione dell'evento decesso (Schede di morte) che, come anticipato, rappresenta uno dei più significativi esiti per la valutazione di differenti «percorsi» sanitari e assistenziali.

Appare ben evidente, anche senza entrare in più specifici dettagli tecnici, come la contemporanea disponibilità di tali differenti Bdd consente di descrivere in modo molto più articolato e approfondito lo stato di salute di una determinata popolazione (Lepore e al., 2002b).

2.3 La centralità dell'unità di osservazione

Da quanto fin qui esposto, risulta come l'unità di osservazione non può che essere costituita dall'assistito e/o paziente e/o cittadino.

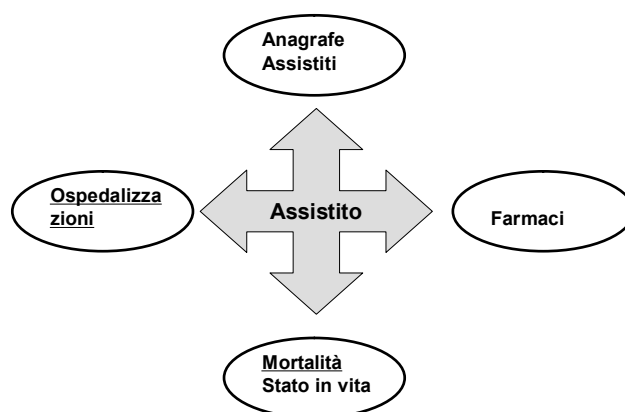
L'affermazione è del tutto ovvia ma necessaria proprio in considerazione della natura e degli obiettivi storicamente amministrativo-gestionali delle Bdd considerate.

Infatti, pur evitando il dettaglio tecnico, è ben evidente come procedure di *record linkage* sul singolo assistito (fig. 1) tra Bdd provenienti da differenti flussi informativi (per competenze, per uffici, per procedure, per tradizioni, per tutela dei dati) richiedano impegni e livelli di integrazione di non facile riscontro in molte realtà istituzionali regionali e/o di Usl.

Una semplificazione molto attraente per un immediato utilizzo e integrazione di tali Bdd è certamente costituita dal possibile monitoraggio e/o controllo della spesa sanitaria sostituendo alla vera unità di osservazione (= assistito) un surrogato quali ad esempio:

- ♦ il ricovero ospedaliero,
- ♦ una procedura chirurgica (es. parto cesareo),
- ♦ la prescrizione di un farmaco (es. ad alto costo; per uso occasionale o cronico),
- ♦ o addirittura, in modo ancora più rapido, la spesa in euro di una qualsiasi o di tutte le voci precedenti.

Figura 1 - Dalla gestione dei flussi informativi ad una epidemiologia basata sulla assistenza. Collegamento tra archivi



RPS

Vito Lepore, Vito Samarelli, Gianvito Schena, Antonio D'Ettore

L'impovertimento del contenuto informativo di archivi quali le Sdo e le Pf a semplici voci di spesa rappresenta, di fatto, l'esercizio più frequente e più diffuso. Annullando ogni variabilità e valore informativo delle citate Bdd tutto si riduce a semplici somme, a cumuli o voci di spesa per farmaci, prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri. A questo punto la lettura dei dati di spesa si svincola completamente dalle popolazioni, dai contesti, dalle variabili in gioco (Tognoni, Lepore, 2002; Gabriele, 2005).

2.4 Le variabili in gioco

Il tentativo di restituire ai tanti dati, gestionali e amministrativi, oggi disponibili il significato e il contenuto strutturalmente originario e cioè di essere il riflesso di pratiche, di conoscenze e di cultura applicata a specifici contesti assistenziali, passa, inevitabilmente, attraverso una accurata valutazione delle caratteristiche e del significato di ciascuno dei «campi» o «variabili» contenute nelle Bdd esaminate. Ciascuna delle Bdd qui considerate comprende, infatti, un numero definito di «campi» o «variabili» (es.: data di nascita, data di ricovero, diagnosi di dimissione, farmaco prescritto, data decesso, ecc.) che consentono una prima e immediata lettura o utilizzazione del contenuto

informativo della stessa Bdd (es.: numero di ricoveri, numero o causa del decesso, spesa farmaceutica, ecc.).

Pur evitando i dettagli tecnici, tre ulteriori aspetti vanno considerati:

- ♦ *Il numero eccessivo delle variabili.* Pur se apparentemente limitate, ciascuna delle Bdd considerate comprende un discreto numero di variabili spesso esuberanti. Prova di ciò è il frequente riscontro di rapporti o analisi che quasi mai esauriscono l'intero contenuto informativo dell'archivio utilizzato. L'utilizzazione, già auspicata, di procedure di collegamento tra archivi produce un ulteriore e incredibile aumento del numero delle variabili disponibili.
- ♦ *La ridondanza dei dati.* Archivi quali Aa e Schede di morte sono caratterizzati dalla presenza di «*records*» unici e univoci per ciascun soggetto mentre archivi quali Sdo e Pf possono presentare molteplici «*records*» per ciascun soggetto le cui variabili possono avere contenuto simile, parzialmente o totalmente differente (ad es. un soggetto diabetico riceve più prescrizioni di farmaci antidiabetici, più prescrizioni di farmaci diversi che per il diabete, ricoveri ospedalieri per il diabete, per complicanze del diabete, per patologie diverse e non correlate al diabete).
- ♦ *Le serie storiche dei dati.* La stabilità nel tempo e la completa copertura territoriale dei flussi amministrativi come quelli qui esaminati consente di disporre di archivi informatizzati su base storica. È ovvio l'enorme interesse e utilità di analisi su base pluriennale (ad es. come e se nel tempo può essere cambiato il percorso assistenziale di diagnosi e cura in soggetti diabetici di differenti fasce di età o in diversi contesti territoriali). Non può sfuggire, ancora una volta, la conseguente ulteriore amplificazione e ridondanza dei dati. L'esempio già citato rimane pertinente: Aa e Schede di morte rimangono unici e univoci anche quando vengono esaminate serie storiche pluriennali, mentre Sdo e Pf possono crescere in misura considerevole e talvolta con contenuto informativo contraddittorio.

3. L'epidemiologia assistenziale

La complessità, sinteticamente descritta come conoscenza necessaria nella utilizzazione delle grandi Bdd amministrativo-gestionali, è ampiamente compensata dalle enormi opportunità aperte alla intelligente curiosità dei ricercatori (Tognoni, 1997). La disponibilità, sempre più

ampia e diffusa, di tali basi di dati si presta facilmente a molteplici chiavi di lettura e differenti punti di vista con il frequente rischio di:

- ♦ dispersione tra i tanti dati disponibili,
- ♦ incroci opportunistici di variabili,
- ♦ parziali e insufficienti letture dei dati.

A fronte di tali problematiche si impone la necessità di una altrettanto forte e diffusa «cultura dei dati». In questo senso la logica, la metodologia e gli strumenti sviluppati in ambito epidemiologico costituiscono una insostituibile risorsa nel momento in cui vengono trasferiti e applicati, con il medesimo rigore, anche su tali Bdd (Scurti e al., 2005; Monte e al., 2006). Il concreto scenario illustrato di seguito può costituire un'utile esemplificazione.

Gli archivi delle Sdo, Pf e Aa con relativo aggiornamento per data di decesso di tre Usl della regione Puglia del triennio 2002-2004 sono stati utilizzati dopo le opportune procedure di: *a)* verifica per qualità e completezza, *b)* collegamento delle tre Bdd e attribuzione dei *records* pertinenti a ciascun assistito con successiva anonimizzazione.

L'indagine è stata condotta selezionando sull'anno centrale (2003) la popolazione residente in una delle tre Usl prescelte con età maggiore o uguale a 65 anni per complessivi 292.765 soggetti.

In tabella 4 e successive (dalla tab. 5 alla tab. 7) sono immediatamente visibili i risultati di una indagine su 3 patologie croniche particolarmente frequenti nella popolazione anziana: diabete (Diab), broncopatia cronica ostruttiva (Bpco), scompenso cardiaco (Chf). Sulla base di specifici *pattern* prescrittivi presenti nell'archivio delle Pf sono stati individuati tutti i soggetti verosimilmente affetti da una o più di una di dette patologie nell'anno 2003 e, per confronto, la stessa distribuzione nell'anno precedente (2002) e successivo (2004; tab. 4) (Scurti e al., 2005). Risulta evidente, per tutti i gruppi individuati, un costante *trend* di crescita nel triennio considerato, anche per i gruppi di pazienti particolarmente problematici perché affetti da due o tre delle cronicità prescelte. Egualmente aumenta, nei tre anni considerati, il numero dei soggetti che pur affetti da Diab e/o Bpco e/o Chf ricevono prescrizioni occasionali o croniche di farmaci antidepressivi.

La/e variabile/i presenti nell'archivio Pf opportunamente qualificate con specifici *pattern* temporali sono state utilizzate come «traccianti» per corrispondenti patologie; la prescrizione di farmaci antidepressivi è invece utilizzata come «indicatore» di problemi/bisogni tali da meritare un tentativo terapeutico.

Tabella 4 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in 3 Usl della regione Puglia. Archivi prescrizioni farmaceutiche. Anni 2002-2004 della popolazione con età ≥ 65 anni

	Anno 2002 Pop. n. 292.765	Anno 2003 Pop. n. 292.765	Anno 2004 Pop. n. 281.864
Diab solo prescr. farm.	25.249 (8,6%)	32.651 (11,2%)	32.630 (11,6%)
Bpco solo prescr. farm.	7.489 (2,5%)	12.592 (4,3%)	12.993 (4,6%)
Diab+ Bpco	989 (0,3%)	2.238 (0,8%)	2.498 (0,88%)
Chf solo prescr. farm.	10.268 (3,5%)	15.994 (5,5%)	16.156 (5,7%)
Chf + Diab	3.571 (1,2%)	6.142 (2,1%)	6.489 (2,3%)
Chf + Bpco	2.085 (0,7%)	3.870 (1,3%)	4.062 (1,4%)
Chf + Bpco + Diab	572 (0,19%)	1.353 (0,5%)	1.484 (0,52%)
Esp. a antidepressivi	2.797 di 8.236 (2,8%)	3.453 di 9.611 (3,3%)	5.177 di 15.415 (5,5%)

Nota: Con una o più delle seguenti: diabete (Diab); broncopatia cron. ostrutt. (Bpco); scompenso cardiaco (Chf).

Tabella 5 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in 3 Usl della regione Puglia. Decessi e ospedalizzazioni anni 2003 e 2004 per la popolazione con età ≥ 65 anni

	% Decessi Pop. n. 292.765	% Pazienti ospedalizzati	Media n. ospedalizzazioni
Assenza delle 3 patologie	5,7	32,2	0,58
Diab solo prescr. farm.	7,8	48,8	1,06
Bpco solo prescr. farm.	9,2	53,7	1,24
Diab+ Bpco	10,4	62,8	1,63
Chf solo prescr. farm.	14,4	54,6	1,25
Chf + Diab	16,5	65,3	1,77
Chf + Bpco	20,1	70,9	2,22
Chf + Bpco + Diab	19,8	78,0	2,70

Nota: Diabete (Diab); broncopatia cron. ostrutt. (Bpco); scompenso cardiaco (Chf).

Tabella 6 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in 3 Usl della regione Puglia. Decessi e ospedalizzazioni anni 2003 e 2004 per la popolazione con età ≥ 65 anni stratificata per Indice di comorbidità (Charlson Comorbidity Index)

2003 - Charlson Comorbidity Index	Anno 2003 Pop. n. 292.765	% Decessi Pop. n. 292.765	Media n. ospedalizzazioni
«0»	251.210 (85,8%)	4,4	0,46
«1 - 2»	24.600 (8,4%)	16,3	2,49
«3 - 4»	11.280 (3,9%)	25,6	3,11
« ≥ 5 »	5.675 (1,9%)	49,0	4,6

Tabella 7 - Epidemiologia dei carichi assistenziali in 3 Usl della regione Puglia. Distribuzione della popolazione con elevato Indice di comorbilità (Idc $\geq$ 5 n. 5.675 soggetti con età $\geq$ 65 anni)

	Usl 1 - 108.590	Usl 2 - 78.524	Usl 3 - 105.651
N. assistiti con Idc $\geq$ 5	2.034	1.479	2.165
% Maschi	58,6%	56,0%	55,2
65-74 ann	44%	43%	47%
75-84 anni	44%	45%	41%
$\geq$ 85 anni	12%	12%	12%
N. Mmg	444	300	443
Media assistiti gravi/Mmg	4,6	4,9	4,9
Range Mmg	1-6	1-7	1-7

Nota: Idc = Indice di Comorbilità - Charlson Comorbidity Index.

In tabella 5 per gli stessi gruppi di soggetti-pazienti (cioè affetti da una o più delle 3 patologie prescelte) sono mostrati i corrispondenti tassi di mortalità e ospedalizzazione (per gli anni 2003 e 2004). Gli anziani senza alcuna delle tre patologie presentano un tasso di mortalità del 5,7%, si ospedalizzano il 32,2% dei soggetti, il numero medio di ricoveri per anziano è dello 0,58; all'estremo opposto i soggetti verosimilmente affetti dalle tre condizioni morbose o almeno da Chf e Bpco presentano un tasso di mortalità del 20% circa, si ospedalizza oltre il 70% dei soggetti, il numero medio di ricoveri supera i 2 per il periodo considerato.

La variabile «decesso» ricavata dall'Aa e la variabile «ricovero» ricavata dall'archivio Sdo sono state utilizzate come variabili di «esito» per i gruppi di popolazione così come stratificate nelle tabelle 4 e 5.

La contemporanea presenza di più malattie nella popolazione anziana è perciò una condizione di particolare interesse per gravità clinica e gravosità assistenziale nonché per i costi (economici e non) assorbiti (Lepore e al., 2006). Utilizzando opportunamente le diagnosi di dimissione presenti nell'archivio Sdo è possibile calcolare, per ciascuno degli anziani della popolazione prescelta, un Indice di comorbilità (Idc) il cui valore crescente indica una maggiore gravità clinica ovvero un aumentato rischio di decesso nei 12 mesi successivi (Charlson Comorbidity Index, tab. 6). Tale indice include altre 15 condizioni morbose a cui viene attribuito un «peso» differente in relazione al rischio

di decesso. Applicando detto Idc alla nostra popolazione possiamo facilmente verificare l'alto valore discriminante. Infatti ad un Idc di «0» (n. 251.210 soggetti, 86%) corrisponde un tasso di mortalità del 4,4% e un numero medio di ospedalizzazioni di 0,46; all'estremo opposto ad un Idc «>=5» (n. 5.675 soggetti, 1,9%) corrisponde un tasso di mortalità del 49% e un numero medio di ospedalizzazione di 4,6 (tab. 6).

E appena il caso di notare che pur rappresentando un gruppo esiguo (solo 1,9% della popolazione anziana, «anziano non è mai sinonimo di malattia e tantomeno di malattia grave») i 5.675 soggetti così qualificati costituiscono un importante problema assistenziale sempre in attesa di «visibilità» e di specifica «presa in carico». Nell'ultima tabella (tab. 7) la coorte di anziani con alto Idc è ridistribuita per:

- ♦ le tre Usl di appartenenza,
- ♦ sesso,
- ♦ fasce di età,
- ♦ medico di medicina generale (Mmg) di appartenenza.

Quest'ultimo dato merita un particolare commento: ciascun Mmg su 1.500 assistiti ha in carico mediamente 4 o 5 di tali pazienti (*range* da 1 a 6 o 7; tab. 7). In altre parole un fenomeno di rilevante impatto assistenziale può nella pratica corrente (ad es. della medicina generale ma altrettanto potrebbe dirsi per quella specialistica o per altri referenti) non essere riconosciuto e scomparire per scarsa numerosità o attenzione.

La identificazione di sottogruppi di popolazione percentualmente minoritari per specificità di problemi e bisogni sottolinea in modo importante la necessità di una sorveglianza epidemiologica in grado di riconoscere e suggerire strategie e impegni assistenziali differenziati e mirati.

In conclusione, un approccio valutativo, come quello qui esemplificato, si configura come una nuova e promettente area di ricerca che possiamo definire come: «epidemiologia assistenziale».

Epidemiologia assistenziale nel grande anziano: quali informazioni?

**Mario Saugo, Pierpaolo Benetollo, Roberto Toffanin,
Pietro Gallina, Giovanna Dorotea Cecchetto**

L'epidemiologia assistenziale cui allude il titolo non è una contraddizione in termini: è il punto d'incontro tra la cultura scientifica e metodologica di una prestigiosa istituzione di ricerca e la pratica quotidiana di assistenza, ma anche la voglia di partecipazione degli operatori sociali e sanitari di alcune aziende Ulss della Regione Veneto.

Il punto di vista più noto sul fabbisogno informativo in ambito socio-sanitario è quello della programmazione nazionale/regionale; numerose fonti – ad esempio i censimenti e le *Indagini Multiscopo* dell'Istat – forniscono periodicamente una importantissima immagine della popolazione e dei trend demografici, delle condizioni di salute percepite e dei livelli di non autosufficienza, della struttura del *gruppo* familiare o di convivenza e del ricorso ai servizi.

L'angolazione qui rappresentata è invece quella della produzione di dati da parte dei servizi socio-sanitari stessi e in particolare dal distretto, luogo istituzionalmente dedicato (d.lgs. 502/92) all'integrazione.

Queste informazioni sono diverse sotto molti aspetti rispetto a quelle generate a livello nazionale perché:

- ♦ sono riferibili a persone concrete e agganciabili ad altri flussi informativi sanitari (ad esempio: schede di dimissioni ospedaliere – Sdo, schede di morte), attraverso procedure di *record-linkage*;
- ♦ riflettono il punto di vista degli operatori socio-sanitari;
- ♦ sono in stretta relazione con una concreta progettualità (ciascuna persona descritta/rappresentata è anche un assistito);
- ♦ danno – almeno in alcuni casi – una rappresentazione dell'universo di una popolazione.

1. Setting di assistenza

Un primo dato da chiarire quando si parla di anziani e di grandi anziani (>75 anni) è quello relativo al *setting* assistenziale del grande anziano: l'istituzionalizzazione, l'Assistenza domiciliare (Ad), l'accesso ordinario ai servizi definiscono affidamenti-alleanze differenti (rispettivamente: al

personale della istituzione di accoglimento; alla famiglia, al medico di medicina generale (Mmg) e al personale dell'Ad; alla famiglia e al Mmg). Nell'Ulss 4 «Alto Vicentino», ad esempio, il 3% degli ultra65enni è istituzionalizzato e il 6% è seguito in una forma di Ad sanitaria, ma al di sopra degli 85 anni il 7% dei maschi e il 17% delle femmine è in casa di riposo, mentre il 20% circa di entrambi i sessi è in Ad. La mortalità globale degli anziani in Ad è sestupla (186,8 decessi per 1.000 abitanti/anno) e quella degli anziani istituzionalizzata è quasi decupla (237,5 decesso per 1.000 abitanti/anno) rispetto agli anziani che vivono autonomamente al proprio domicilio (27,6 decessi per 1.000 abitanti/anno). Diversi *settings* definiscono quindi diversi obiettivi e standard di assistenza, così come diversi *outcome* (ad esempio il tasso di ospedalizzazione degli anziani in Ad – 60,9 per 100 abitanti/anno – è doppio rispetto agli altri – 26,5 per 100 abitanti/anno).

Questo tipo di informazione è molto differente da quello fornito dal macrodato di offerta gestionale (es. «l'Azienda Ulss 4 ha 992 posti per non autosufficienti»): il dato nominativo consente di individuare in maniera univoca anche il *setting* del singolo assistito. Come esempi rilevanti possono essere citati: la protezione dagli effetti delle ondate di calore, la copertura vaccinale antinfluenzale/antipneumococcica, la stessa definizione del *budget* del Mmg.

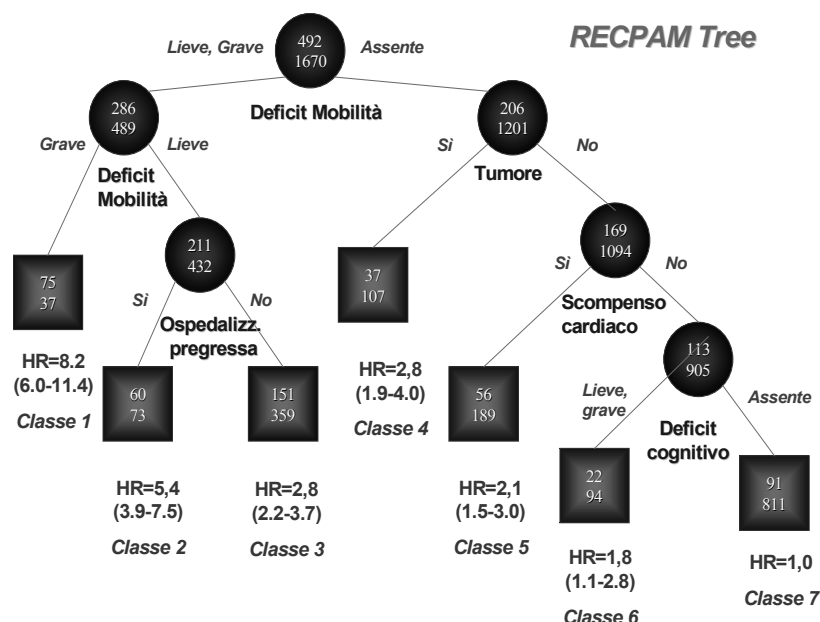
La condivisione dell'informazione sul *setting* di cura all'interno della rete dei servizi consente anche di impostare in maniera condivisa dei progetti differenziati di assistenza: l'accesso in ospedale di una persona già in Ad (ad esempio per diabete) può legittimamente originare un percorso intraospedaliero differente e un diverso piano di dimissioni protette. Il recupero informativo dei casi già noti in Ad e la ricerca attiva dei nuovi casi di fragilità (ad esempio: frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco) tramite l'accesso intraospedaliero da parte degli Infermieri dell'Ad distrettuale all'interno delle Unità operative (Uo) di Medicina interna, Geriatria, Lungodegenza, Neurologia, Ortopedia ha consentito in una recente esperienza di aumentare il numero di attivazioni per dimissioni protette dal 9% (150/1.607 dimessi nel I semestre 2005) al 25% (375/1.485 dimessi nel I semestre 2006).

2. Valutazione multidimensionale del grande anziano e Mmg

Lo standard di valutazione nel caso del grande anziano è rappresentato da diversi anni dalla Valutazione multidimensionale, che integra le

informazioni cliniche (patologie acute recenti, comorbidità) con quelle funzionali (funzionalità motoria, assetto cognitivo e sensoriale) e con quelle sulle risorse assistenziali del nucleo di assistenza e cura. L'approccio (mono)specialistico risulta spesso inadeguato in queste situazioni, la presa in carico richiede una descrizione multiassiale. Un esempio può essere fornito dalla presente descrizione: paziente diabetico insulino-trattato (patologia che determina la presa in carico) con pregressa insufficienza cardiaca (comorbidità); presenta deficit visivo (disabilità) e vive solo in appartamento adiacente a quello del figlio (situazione abitativa familiare). Nel 2000 i medici di medicina generale della Regione Veneto hanno intervistato con un originale questionario di valutazione multidimensionale il 20% dei propri assistiti ultra75enni residenti a domicilio (circa 70.000 assistiti); di questi circa 12.000 sono stati seguiti con un *follow-up* sui dati amministrativi di mortalità e ricovero. La figura 1 rappresenta in maniera gerarchica (da destra a sinistra) i fattori che influenzano il rischio di morte a 4 anni.

Figura 1 - Fattori di rischio per il decesso a 4 anni: regressione ad albero gerarchico



In particolare il deficit motorio grave (allettamento/permanenza in carrozzina) è associato ad un rischio di decesso molto più elevato (*Hazard Ratio*: 8,2) rispetto agli stessi grandi anziani affetti da patologia clinica, ma non gravati da disabilità (ad esempio: tumore – *Hr* 2,8, insufficienza cardiaca – *Hr* 2,1; livelli di rischio paragonabili a quelli dei grandi anziani con deficit cognitivo – *Hr* 1,8). Se teniamo conto anche dell'ampia prevalenza delle condizioni di disabilità nella popolazione ultra75enne, il risultato è che la quota di rischio di decesso (*outcome* canonico per tutti gli interventi sanitari), attribuibile a fattori demografici (sesso, età), a fattori clinici e a fattori funzionali, risulta pressoché uguale. Nel «*budget*» delle risorse, quindi, anche l'assistenza socio-sanitaria alla persona deve trovare una adeguata rappresentazione, evitando di medicalizzare segmenti settoriali del bisogno di salute o del percorso di assistenza. Lo stesso programma di intervento specialistico deve essere definito in funzione dell'aspettativa di vita libera da disabilità, della capacità di recupero, della capacità assistenziale, e così via.

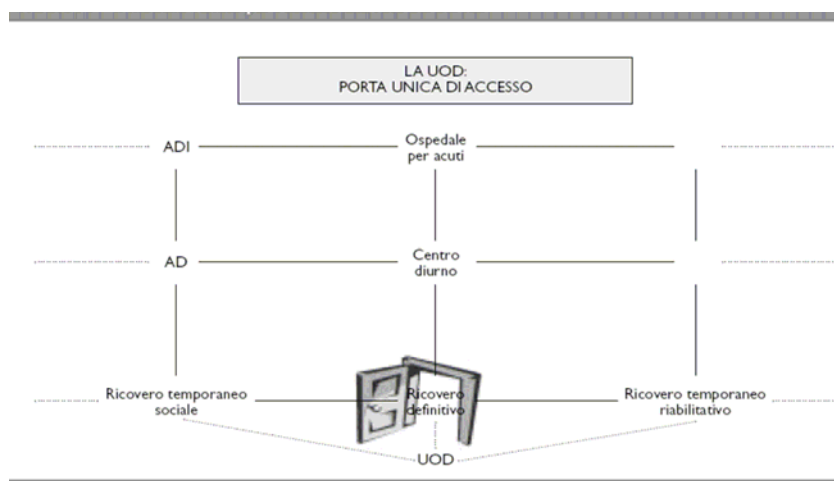
3. Valutazione multidimensionale del grande anziano e accesso alla rete integrata dei servizi

La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale costituisce nel Veneto un livello essenziale di informazione socio-sanitaria: la compilazione della scheda Svama (Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano) è obbligatoria per entrare in strutture residenziali e semiresidenziali, per accedere ai contributi (assegno per assistenza dei malati di Alzheimer, assegno di cura per assistenza domiciliare non autosufficienti, assegno per badanti) e per la presa in carico nei moduli intensivi di Ad.

La porta di accesso a tutti questi servizi è l'Unità di valutazione multidimensionale (Uvmd o Uod – figura 2). Annualmente vengono compilate in Veneto circa 30.000 schede Svama; in alcune esperienze pilota esse sono state informatizzate in un originale *dataset* di valutazione.

La scheda Svama è stata elaborata a partire dai più comuni strumenti di valutazione geriatrica (Indice di Barthel, *Short Portable Minimal State Questionnaire*, Scala di Exton-Smith) ed è stata recentemente validata rispetto alla sua capacità di orientare progetti di assistenza differenziati. Alcune parti della scheda sono state prodotte in maniera

Figura 2 - Il modello veneto per l'accesso alla rete dei Servizi integrati



del tutto originale – in particolare la scheda di valutazione sociale, che valuta la «tenuta» della rete sociofamiliare rispetto ai bisogni di assistenza nelle attività quotidiane rilevati negli anziani afferenti alle Uvmd.

La Scheda comprende 4 assi di valutazione, affidati a differenti operatori socio-sanitari territoriali (asse sociale: assistente sociale; asse clinico: Mmg; asse cognitivo e funzionale: infermiere). Il concetto di fondo è che non esistano in maniera semplicistica e standardizzata 3 livelli di capacità («autosufficienza/parziale non autosufficienza/completa non autosufficienza»), ma che ne esistano differenti profili.

Quelli prevalenti nella pratica assistenziale (tabella 1) sono «confuso o stuporoso, totalmente dipendente» (circa il 25% dei casi), vengono poi, con l'11% circa della casistica, i profili «lucido, gravemente dipendente», i 3 profili con «elevato assorbimento di cure sanitarie», i profili «confuso, deambulante», e quelli con «problemi comportamentali prevalenti». Già l'etichetta che designa questi differenti profili evidenzia la diversità dei bisogni e dei carichi assistenziali di questi gruppi di anziani.

Tabella 1 - Profili di autonomia in 4.562 anziani afferenti all'Uvmd (Ulss 16 «Padova»), 2003-2004

Profilo	Descrizione	N.	%
1	Lucido, autonomo	345	8
2	Lucido, in parte dipendente	109	2
3	Lucido, deambula assistito	354	8
4	Lucido, non deambulante, ma autonomo	14	0
5	Lucido, gravemente dipendente	510	11
6	Confuso, deambulante, autonomo	245	5
7	Confuso, deambulante	313	7
8	Confuso, deambula assistito	412	9
9	Confuso, allettato	307	7
10	(combinazione puramente teorica)	0	0
11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	1.105	24
12	Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	34	1
13	Deambulante, con elevata necessità di cure sanitarie	8	0
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	93	2
15	Confuso o stuporoso, dipendente, alta necessità di cure sanitarie	425	9
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	160	4
17	Problemi comportamentali prevalenti, dipendente	128	3
		4.562	100

4. Valutazione della «capacità assistenziale» della famiglia

L'asse di valutazione sociale, l'essere cioè riconosciuti «non sufficientemente assistito in famiglia» dall'assistente sociale in sede di Uvmd costituisce un titolo di priorità per l'accesso ai Servizi residenziali, a parità di valutazione clinico-funzionale.

Si rileva ad esempio (tabella 2) come a parità di profilo assistenziale, in 354 anziani «lucidi, con deambulazione assistita», il progetto di accoglienza in residenza venga formulato nel 9% delle persone «ben assistite» e nell'85% delle persone «non sufficientemente assistite». A 6 mesi di distanza l'effettivo ingresso in residenza mostra lo stesso *trend*, ed evidenzia pure lo scarto tra il riconoscimento formale del bisogno di assistenza Uvmd e l'effettiva esigibilità del diritto di assistenza/cittadinanza. Questo scarto – stimabile complessivamente in circa 600 persone nell'Ulss in esame – rinvia a dei progetti-ponte di assistenza integrata socio-sanitaria, che implicano un forte coinvolgimento della famiglia.

Tabella 2 - Capacità assistenziale della rete sociale negli anziani «lucidi, con deambulazione assistita» (profilo 3) afferenti alla Uvmd dell'Uls 16 («Padova») nel 2003-2004

		Non sufficientemente assistito (%)	Parzialmente assistito (%)	Ben assistito (%)	Totale (%)
Progetto: accoglienza in residenza	Sì	63 (85%)	53 (46%)	15 (9%)	131 (37%)
	No	11 (15%)	63 (54%)	149 (91%)	223 (63%)
	Totale	74	116	164	354
Ingresso in residenza nei 6 mesi successivi	Sì	36 (49%)	19 (16%)	5 (3%)	60 (17%)
	No	38 (51%)	97 (84%)	159 (97%)	294 (83%)
	Totale	74	116	164	354

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (*Active aging: a policy framework*) i costi della cronicità possono essere affrontati con decisioni appropriate, culturalmente e socialmente accettabili se i programmi di intervento si rivolgono alle cure primarie e al ruolo delle cure informali; queste ultime sono condizionate soprattutto dalla capacità e - distintamente - dalla volontà della famiglia di dare cura e supporto agli anziani. È di particolare rilevanza, quindi, codificare i presupposti del «patto» di assistenza tra famiglia e servizi.

5. Dipendenza assistenziale («completa non autosufficienza»)

La dipendenza assistenziale, intesa come completa perdita dell'autonomia, costituisce con ogni evidenza un *end-point* primario per l'anziano (in termini oggettivi e soggettivi), per la sua famiglia e per l'intera rete assistenziale e di cure. L'immagine della situazione e dell'evoluzione della «non autosufficienza» viene periodicamente restituita dalle *Indagini Multiscopo* dell'Istat, che si basano sull'autodichiarazione dello stato di salute da parte dell'intervistato. Un'altra fonte informativa, basata sulla concessione di indennità di accompagnamento da parte dell'Inps, fornisce risultati – almeno per quanto riguarda il Ve-

neto – del tutto analoghi (tabella 3). In questo caso quindi il flusso informativo di dati amministrativi acquista una buona copertura di popolazione; il motivo di questo sta nel fatto che l'indennità (attualmente circa 451 euro mensili) è corrisposta, indipendentemente dal reddito, a tutte le persone che hanno «impossibilità a deambulare autonomamente anche con l'ausilio di presidi ortopedici» oppure «impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita (es. necessità fisiologiche, nutrizione, igiene personale, capacità di valutare ed evitare pericoli, [...])».

*Tabella 3 - Stima della dipendenza assistenziale:
database Inps e Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie*

	Database Inps Veneto 2005*			Indagine Multiscopo Istat Veneto 2000**		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
65-69	1,7%	1,7%	1,7%	3,0%	2,3%	2,6%
70-74	3,8%	4,4%	4,2%	6,7%	6,6%	6,2%
75-79				5,7%	15,6%	11,8%
80-84				18,2%	12,1%	15,0%
85-89	13,7%	23,9%	20,8%	15,9%	29,0%	24,8%
90+				23,1%	35,1%	31,5%
>=65	5,0%	9,6%	7,8%	6,9%	11,9%	9,9%

* Utenti destinatari di indennità di accompagnamento.

** Disabili «confinati» secondo la classificazione Istat.

Figura 3 - Prevalenza (per 100 ab.) di persone con assegno di accompagnamento (Uls 4, 2004)

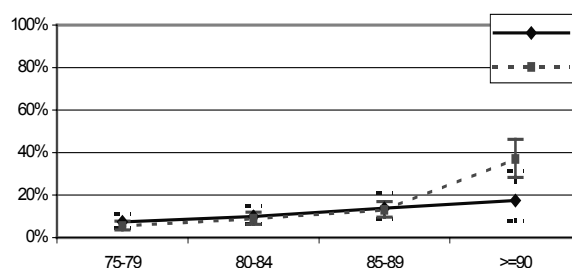
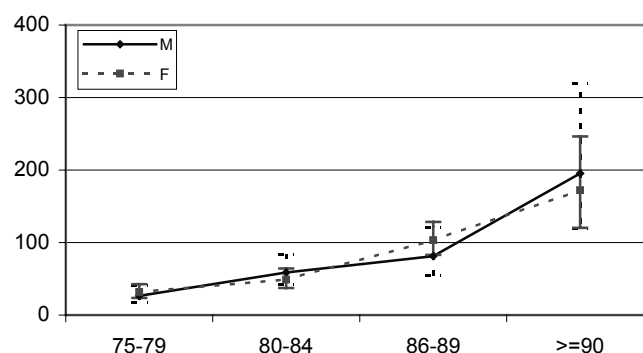


Figura 4 - Incidenza (per 1.000 ab/anno) di persone con assegno di accompagnamento (Ulss 4, 2004)



Poiché la fonte Inps è disponibile in maniera nominativa presso le Aziende Ulss (Commissioni periferiche di invalidità civile) si apre la possibilità di costituire un *dataset* di popolazione: un vero e proprio registro degli anziani non autosufficienti, in maniera analoga a quanto si fa per altri importanti problemi di salute, come ad esempio i tumori. In entrambi si tratta di stimare la popolazione che deve essere presa in carico (prevalenza – figura 3) i trend storici (incidenza – figura 4), e i fattori di rischio (con studi caso-controllo e di coorte, che utilizzino dati amministrativi sanitari o dati sociofamiliari raccolti *ad hoc*). Questo approccio può anche contribuire nel medio termine al dibattito sulla programmazione sanitaria («i grandi anziani di domani saranno più o meno sani dei grandi anziani di oggi?») e all'indirizzo stesso della ricerca sanitaria («quali sono oggi e quale peso hanno le patologie invalidanti “orfane” di un efficace trattamento clinico?»).

A livello macro questi dati consentono di trarre alcuni spunti osservazionali e di previsione dei trend di dipendenza assistenziale. A livello micro sono importanti e possibili (anche utilizzando la capillare rete degli addetti sociali del sindacato e degli enti di patronato dei lavoratori) delle indagini sui determinanti sociofamiliari dell'assistenza e sulle risposte di adattamento o, per converso, di disgregazione delle reti di assistenza di fronte all'insorgenza di una situazione di completa dipendenza del familiare anziano.

Questo tipo di analisi è desiderabile anche per individuare concreti

strumenti operativi attivabili a livello centrale e territoriale, in attesa della ormai improcrastinabile istituzione del fondo nazionale per la non autosufficienza (es. disciplina degli assegni e congedi di cura in ambito contrattualistico, disciplina e qualificazione del lavoro di cura svolto in forma individuale o cooperativa, livelli uniformi di assistenza domiciliare socio-sanitaria, ecc.).

Un punto importante è infatti quello di focalizzare l'attenzione non (sol)tanto sulla centralità dei servizi (definizione di standard, monitoraggio delle prestazioni erogate) quanto piuttosto sulla centralità del bisogno quale titolo di esigibilità di un diritto di cittadinanza, cui possono corrispondere modalità flessibili di risposta del *welfare* municipale, in funzione della capacità finanziaria e assistenziale del nucleo familiare.

Un ulteriore valore aggiunto ad un registro della non autosufficienza con copertura di popolazione può essere apportato dalla partecipazione attiva alla descrizione dei casi da parte del Mmg e degli operatori dell'Ad.

6. Monitoraggio delle pratiche assistenziali

A differenza dei servizi ospedalieri, le pratiche di assistenza socio-sanitaria soffrono di una carenza di *feed-back* informativo routinario, e – ancora più a monte – di una insufficiente standardizzazione delle definizioni. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare questo deficit è stato in parte colmato dalla sperimentazione del «Progetto Mattoni», che ha coinvolto 5 diverse Regioni d'Italia nell'implementazione di un tracciato record concordato dai referenti regionali.

Nel caso del Veneto l'informatizzazione del Sistema informativo distrettuale – Modulo assistenza domiciliare integrata (Sid-Adi) – ha permesso – dapprima in 3 Ulss pilota, e attualmente nella quasi totalità delle Aziende sanitarie – di documentare livelli di erogazione molto simili e coerenti, a differenza di quanto avveniva in precedenza con il flusso cartaceo.

Rispetto al monitoraggio di specifici percorsi di cura, il Sid-Adi consente – attraverso tecniche di *record-linkage* – di documentare, ad esempio, un'ampia area di presa in carico domiciliare dopo frattura di femore (fino al 50% dei casi), molto più estesa di quanto in precedenza conosciuto sulla base di indagini di *follow-up* eseguite in sede ospedaliera (soltanto il 5% dei casi nello studio *Venetian Elderly Care*).

7. Primi risultati

Quale ambito paradigmatico della presa in carico in assistenza domiciliare è stato considerato il decesso a domicilio, per il suo valore etico-sociale di riconoscimento del reciproco impegno assistenziale di famiglia e servizi territoriali. Non va trascurata peraltro l'importanza economica dell'assistenza ai terminali, se è vero (come è stato documentato in numerosi studi anche italiani) che è la prossimità alla morte e non l'età anagrafica il principale *driver* della spesa sanitaria attuale e futura.

Tabella 4 - Percentuale di deceduti a domicilio, per intensità di assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi di vita

		Popolazione	% decesso a domicilio
Totale		350	24,9
Numero di visite dell'Ip (ultimi 3 mesi)	0	158	8,2
	1-3	72	19,4
	4-12	54	37,0
	>12	66	60,6
Numero di visite del Mmg (ultimi 3 mesi)	0	218	16,1
	1-3	41	26,8
	4-12	56	35,7
	>12	35	60,0

Tabella 5 - Percentuale di pazienti terminali, con almeno un accesso al Pronto soccorso negli ultimi 3 mesi di vita

	Accessi (ultimi 3 mesi)	Almeno un accesso al Ps	%	Totale
Mmg	Nessuno	161	73,9	218
	1-3	29	70,7	41
	4-12	39	69,6	56
	>12	17	48,6	35
Infermiere	Nessuno	119	75,3	158
	1-3	57	79,2	72
	4-12	33	61,1	54
	>12	37	56,1	66
	Totale	246	70,3	350

In una coorte annuale di 350 deceduti per cancro (Ulss 4, 2004) si può rilevare come i livelli di decesso a domicilio (tabella 4) e di accesso al Ps – Pronto soccorso – (tabella 5) negli ultimi 3 mesi di vita (24,9% e 70,3%, rispettivamente) siano fortemente influenzati non solo dal sesso, dall'età, dalla numerosità della famiglia e da fattori clinici, ma anche – e in maniera assai cospicua – dall'offerta di servizi di assistenza domiciliare (espressi come numero di accessi del Mmg e dell'Infermiere professionale – Ip – negli ultimi 30 giorni di vita).

8. Conclusione

Il Veneto ha rappresentato storicamente un modello originale e coerente di assistenza integrata pubblica, sia sociale che sanitaria. La crisi del *welfare* – almeno nella forma in cui l'abbiamo fin qui conosciuto – e la pressione demografica sollecitano anche questo modello ad una profonda revisione delle *missions*, dei modelli organizzativi e dei criteri gestionali; anche in campo socio-sanitario non è più possibile pensare nei fatti ad un modello integralmente pubblico di erogazione del servizio. Nel ridefinire il proprio mandato il sistema pubblico dovrà quindi stabilire delle priorità, che comprenderanno certamente la presa in carico dei casi più gravi e di quelli che non possono essere assistiti dalla famiglia, nell'ottica di «patto di servizio» più volte richiamata. La partecipazione diretta degli operatori territoriali (Mmg, infermieri, operatori dell'Ad) alla produzione e alla lettura di dati routinari di valutazioni e di pratica assistenziale può in questo quadro rappresentare un'opzione non secondaria per interpretare bisogni e soluzioni in rapido mutamento e per valutare la copertura e l'efficacia dei servizi resi alla popolazione.

Il Sessione - Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 2004, *L'uso dell'informazione nel processo di programmazione sociale*, rapporto Ires-Synergia per Formez, Milano-Roma.
- Aa.Vv., 2006, *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*, Ets, Pisa.
- Benetollo P., Mella P., Saugo M., 2005, *Valutazione multidimensionale della persona in condizioni di fragilità: il modello Veneto*, «Monitor», n. 13, Assr, Roma.
- Bifulco L., 2005, *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma.
- Ca' Foscari - Formazione e Ricerca, 2006, *Gli scenari futuri e il sistema di risposta ai problemi degli anziani*, Regione Veneto.
- Carra N., Leoni R., 2004, *Le propensioni municipali alle politiche sociali*, report (dattiloscritto), Bergamo.
- Carrera F., 2005, *Le vie dell'integrazione per innovare il welfare*, in Mirabile M.L. (a cura di), *Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo*, Donzelli, Roma.
- Carrera F., Teselli A., 2002, *Il Monitoraggio delle governances locali nel processo di riforma dell'assistenza: il ruolo del sindacato fra territorialità e integrazione*, «L'Assistenza Sociale», n. 3-4, luglio-dicembre, Roma.
- Estratto dal Rapporto Isae. *Finanza pubblica e redistribuzione*, pp. 31-56.
- Fondazione Zancan, 2005, *Sistemi regionali di welfare: profili e analisi comparata*, Primo rapporto, Milano.
- Formez (con Anci, Legautonomie, Uncem, Upi), 2003, *Secondo Rapporto sullo stato delle Autonomie Locali*, Società Tipografica Romana, Roma.
- Gabriele S., Cislighi C., Costantini F., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C., 2005, *Fattori demografici e profili di spesa sanitaria per età: il caso dell'Italia*, Rapporto Isae, Finanza pubblica e redistribuzione, Isae, ottobre, Roma.
- Gallina P., Saugo M., Antoniazzi M., Fortuna P., Toffanin R., Maggi S., Benetollo P., 2005, *Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (Svama)*, «Tendenze Nuove», n. 2, pp. 125-136.
- Gori C. (a cura), 2004, *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma.
- Ires, 2003, *Leggi finanziarie e welfare locale*, report (dattiloscritto), Roma.
- Istat, 2002a, *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»*, Roma.
- Istat, 2002b, *Le condizioni di salute della popolazione - anni 1999-2000. Indagine multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»*, Roma.

- Istat, 2005, *I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali (anno 2003)*, Statistiche in breve, Roma.
- Istat, 2005, *Prima indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*, Roma.
- Lepore V., D'Ettorre A., Valerio M., Corrado D., De Camillis P., Pellegrini F., Romero M., Scurti V., Monesi L., Tognoni G., Ferrarese A., Mollo F., Monesi G., 2002a, *Valutare la variabilità in Medicina Generale. Il caso dei Pazienti «Gravi Gravosi»*, «Giornale italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (4), pp. 220-225.
- Lepore V., D'Ettorre A., Valerio M., Corrado D., De Camillis P., Romero M., Scurti V., Monesi G., Ferrarese A., Monesi L., Mollo F., Tognoni G., 2002b, *Dalla Farmacoepidemiologia all'epidemiologia dell'assistenza*, «Giornale italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (2), pp. 102-107.
- Lepore V., Saugo M., D'Ettorre A., Poli A., Pellegrini F., Pellizzari M., Tognoni G. e il gruppo di lavoro del progetto «Osservare per Conoscere», 2006, *La valutazione multidimensionale della popolazione anziana del Veneto nella pratica della medicina generale*, «Ricerca & Pratica», n. 127, pp. 1-55.
- Lepore V., Saugo M., D'Ettorre A., Poli A., Pellegrini F., Pellizzari M., Tognoni G., 2006, *Progetto «Osservare per Conoscere». La valutazione multidimensionale della popolazione anziana nella pratica della medicina generale*, «Ricerca & Pratica», n. 22, pp. 7-55.
- Marmot R., Wilkinson R., 2006, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- Marsico G., 2007, *La Sperimentazione Umana. Diritti violati/diritti condivisi. Scienze Umane e Sanità*, Franco Angeli, Milano.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2005, *Rapporto di monitoraggio sulle Politiche Sociali*, dattiloscritto.
- Ministero dell'Interno, *Osservatorio sulla finanza e la contabilità degli enti locali*, banca-dati disponibile on line sul sito del Ministero.
- Mirabile M.L., Carrera F., Teselli A. (a cura di), 2003, *La cittadinanza sociale tra vie locali e universalità*, Ediesse, Roma.
- Mirabile M.L. (a cura di), 2005, *Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo*, Donzelli, Roma.
- Mirabile M.L., Carrera F., Teselli A., 2002 e 2003, *Progetto per l'individuazione di standard di procedure di gestione, consulenza e affiancamento per la realizzazione degli interventi con particolare attenzione allo sviluppo di modelli di monitoraggio, valutazione, ed efficacia*, rapporto di ricerca Ires per Isfol, dattiloscritto, Roma.
- Mirabile M.L., Carrera F., Teselli A., Zelinotti R., 2006, *Oltre il giardino? Fonti, dati e studi a confronto per la ricostruzione della spesa sociale dei Comuni*, dattiloscritto, Roma.
- Missoni E., Pacileo G., 2005, *Elementi di salute globale*, Franco Angeli, Milano.
- Monte S., Fanizza C., Romero M., Rossi E., De Rosa M., Tognoni G., 2006, *Database amministrativi come risorsa accessibile e strumento efficiente per l'epidemiologia*

- cardiovascolare. *Metodologia generale e scenari di applicazione ai modelli della cronicità e dello scompenso*, «Giornale italiano di Cardiologia», n. 7 (3), pp. 206-216.
- Ongaro F., 2002, *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Franco Angeli, Milano.
- Ranci C., 2004, *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Scurti V., Font M., Anecchino C., Monte S., Canizza C., Andretta M., Mirandola M., Pinato S., Romero M., 2005, *Epidemiologia della cronicità: definizioni, metodologia, scenari modello*, «Giornale italiano di Farmacia Clinica», n. 19 (2).
- Teselli A., 2003, *Ires. I monitoraggi territoriali nel settore socioassistenziale*, in Mirabile M.L., Carrera F., Teselli A. (a cura di), *La cittadinanza sociale tra vie locali e universalità*, Ediesse, Roma.
- Teselli A., 2005, *I sistemi di informazione sociale. Conoscenza-decisione-azione: dalla linearità alla reciprocità*, in Mirabile M.L. (a cura di), *Italie sociali. Il welfare locale fra Europa, riforme e federalismo*, Donzelli, Roma.
- Teselli A., 2007, *Sistema Informativo sociale e programmazione*, in Mauri L. (a cura di), *Sistemi informativi sociali. Una risorsa per le politiche pubbliche*, Carocci, Roma, (in corso di pubblicazione).
- Tognoni G., 1997, *La ricerca come strumento di gestione ottimale delle risorse della routine*, «Ricerca & Pratica», n. 13, pp. 221-227.
- Tognoni G., 1999, *Banche-base di dati come verifica dell'identità professionale della Medicina generale*, «Ricerca & Pratica», n. 15, pp. 4-8.
- Tognoni G., Lepore V., 2002, *Per una lettura epidemiologica orientata alla pratica del Rapporto Arno sulla prescrizione geriatria*, «Giornale italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (4), pp. 216-219.
- Tognoni G., Valerio M. e Romero M., 2006, *Salute e diritto. Pensieri per una progettualità di ricerca*, in Aa.Vv., *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale*, Ets, Pisa, pp. 319-35.
- Vitullo F., Carinci F., Lepore V. e Tognoni G., 1997, *Aziende Sanitarie e modelli di uso dei Drg*, I Libri del Negri Sud - Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Banche di dati in ambito sanitario; alcuni siti web di interesse

- Istat, *Annuario Statistico Italiano 2006*, http://www.istat.it/dati/catalogo/20061109_00/
- Ministero della Salute: <http://www.ministerosalute.it/>
- Agenzia Italiana del Farmaco: <http://www.agenziafarmaco.it/>
- Istituto Superiore di Sanità: <http://www.iss.it/>
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro: <http://www.inail.it/>
- Consorzio Interuniversitario: <http://www.cineca.it/pubblicazioni/pubblicazioni-arno.htm>

III SESSIONE

L'impatto dell'integrazione
nella definizione e nella gestione
dei servizi socio-sanitari

Fra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza

Francesco Taroni

RPS

1. Introduzione

La risposta ai problemi della popolazione anziana in condizioni di non autosufficienza rappresenta oggi il punto di più immediato confronto con la capacità di elaborare politiche pubbliche innovative e di sviluppare tecniche e strumenti per la gestione dell'integrazione fra assistenza sociale e assistenza sanitaria. Le innovazioni sul piano istituzionale, finanziario, organizzativo e professionale, che appaiono oggi necessarie nel governo e nella gestione sia del sistema sanitario sia del sistema sociale, devono offrire soluzioni pratiche al problema specifico dell'invecchiamento della popolazione ma possiedono anche un alto valore simbolico relativamente al ruolo dell'intervento pubblico per la soluzione di problemi collettivi e per la verifica empirica della capacità di entrambi questi sistemi di innovarsi radicalmente.

Queste riflessioni emergono dall'esperienza della Regione Emilia-Romagna che, a partire dal 2006, ha istituito un proprio Fondo regionale per la non autosufficienza, alimentato da risorse proprie, dapprima per consolidamento della spesa storicamente impegnata nell'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare e per assegni di cura alla famiglia e poi, a partire dal 2007, con un finanziamento aggiuntivo derivante dalla fiscalità regionale. La Regione ha scelto di sviluppare in modo incrementale e progressivo un sistema che adotta principi equitativi e universalistici, in cui l'accesso è subordinato esclusivamente al livello di disabilità della persona e indipendente dal reddito, individuale o familiare, e che persegue obiettivi perequativi fra le unità geografiche e amministrative elementari del sistema, distribuendo le risorse del fondo ai distretti sociosanitari in ragione delle caratteristiche della loro popolazione e dell'offerta disponibile, tenendo conto della capacità fiscale dei Comuni che ne fanno parte.

L'analisi avrà quindi per oggetto i problemi di attuazione di una politica pubblica già strutturata quanto a definizione dei destinatari, specificazione dei servizi essenziali e modalità di reperimento delle risorse finanziarie, che costituiscono temi di esaurienti riflessioni già oggi disponibili (Ranci, 2006; Beltrametti, 2006; Bosi, Guerra e Silvestri,

2006). In particolare, saranno considerate inizialmente le ragioni della necessità dell'intervento pubblico e i motivi del fallimento del mercato nell'assistenza a lungo termine per la non autosufficienza, analizzando successivamente, dal punto di vista del finanziatore pubblico, i problemi dell'integrazione fra i sistemi dell'assistenza sanitaria e sociale nei suoi aspetti finanziari, organizzativi, professionali e istituzionali.

2. *Apocalittici e integratori*

Gli analisti dei possibili effetti dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi di *welfare*, e sui sistemi sociali e sanitari in particolare, si dividono in due grandi categorie. Alcuni prefigurano scenari catastrofici che metterebbero a repentaglio la sopravvivenza dei sistemi a finanziamento pubblico, condannati dall'aumentata longevità e dalla ridotta fertilità della popolazione, da un lato, a insopportabili livelli di spesa pubblica, principalmente per pensioni e sanità e, dall'altro, ad una progressiva e inarrestabile riduzione del tasso di crescita dell'economia, con una conseguente diminuzione del gettito fiscale (Feldstein, 2006). A questi scenari si accompagnano in genere ruvide indicazioni di politica economica, che includono tradizionalmente il razionamento dei benefici e/o la diminuzione dei possibili beneficiari, accompagnate dall'incitamento a ricercare nuove fonti di finanziamento, generalmente private e su base assicurativa, individuale e volontaria.

Un esempio di questo tipo di analisi è rappresentato in Italia da una serie di rapporti della Ragioneria generale dello Stato (Rgs) (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2002; Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2004), i cui risultati sono stati ripresi dal *Documento di programmazione economica e finanziaria 2003-2006* (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2002). In breve, l'analisi della Rgs, condotta in base al modello elaborato dall'Economic Policy Committee - Working Group on Ageing (Epc-Wga) di Ecofin, un invecchiamento della popolazione italiana quale quello previsto dalla «previsione centrale» Istat determinerebbe nel 2050 un aumento della spesa sanitaria pubblica pari a 2 punti di prodotto interno lordo, che passerebbe quindi dal 6% all'8%. In base a queste premesse, il *Dpef 2003-2006* (p. 55), assumendo come obiettivo la stabilizzazione della spesa sanitaria rispetto al Pil, stabiliva «l'adozione di politiche economiche finalizzate a ridurre il consumo pro capite standardizzato in misura sufficiente a compensare l'espansione dei consumi imputabili all'invecchiamento demografi-

co». La riduzione dei consumi sanitari a finanziamento pubblico è stata successivamente quantificata da un ulteriore rapporto della Ragioneria in «misura abbondantemente superiore al 20% del valore attuale». L'asserita necessità di ridurre di un quarto l'attuale utilizzazione di servizi sanitari a finanziamento pubblico sostiene implicitamente l'ipotesi dell'inevitabile sviluppo di un «pilastro» privato a complemento della tutela pubblica e conferisce consistenza alle preoccupazioni per la sopravvivenza di un Servizio sanitario nazionale su basi universalistiche e finanziato attraverso la fiscalità generale (Taroni, 2003).

Una seconda categoria di analisti rigetta questo tipo di analisi, perché «la demografia apocalittica, o più in generale l'affermazione che tentare di soddisfare i bisogni sanitari di una popolazione anziana porterà alla rovina le società moderne, o renderà insostenibili i sistemi sanitari universalistici, è uno *zombie*, un'idea intellettualmente defunta, che non si riesce mai a seppellire una volta per tutte» (Evans e al., 2001).

In particolare, sottolineando l'impropria trasposizione di schemi propri dei sistemi pensionistici ai sistemi per la produzione di servizi alla persona, questi autori sottolineano come la demografia rappresenti soltanto uno, e verosimilmente non il principale, dei numerosi determinanti della evoluzione dell'uso dei servizi e della spesa sanitaria e sociale, assieme alla organizzazione dei servizi, alla evoluzione tecnologica e al cambiamento dell'epidemiologia, dei costumi e dei consumi, individuali e collettivi. La progressione molto lenta nel processo di invecchiamento della popolazione (assimilato al movimento di un ghiacciaio, non alla valanga evocata dai catastrofisti – Evans e al., 2001), la presenza di un *trend* in riduzione nei livelli di disabilità osservati nella popolazione anziana (Manton e Guy, 2001; Freedman e Martin, 2002) e i cambiamenti nella organizzazione e nell'assetto istituzionale dei servizi sanitari e sociali, secondo questi autori, dovrebbero permettere di contenere gli attesi incrementi di spesa e, quindi, prevenire la asserita bancarotta dei sistemi sanitari pubblici. Simili considerazioni possono estendersi alla situazione italiana, dove la prevalenza grezza di disabilità (definita come la perdita della possibilità di svolgere almeno una delle attività della vita quotidiana) nella popolazione non istituzionalizzata è diminuita del 34% negli uomini (dal 5,3% al 3,5%) e del 10% (dal 7% al 6,3%) nelle donne fra il 1990 e il 1999 (Ministero della Sanità, 2000). Inoltre, la trasformazione subita negli ultimi 10 anni dall'organizzazione e dal funzionamento del sistema sanitario, sia nella parte ospedaliera che in quella territoriale, sembrerebbe giustificare l'ottimismo degli analisti rispetto alla capacità

dei sistemi sanitari di adeguarsi agli attesi cambiamenti nelle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione (Taroni, 2003). Ove non bastasse la segnalazione da parte delle analisi economiche più avvedute delle insidie della modellistica «a politica invariata» (corrispondente alla classica *«ceteris paribus»*) (Zweifel, Felder e Meiers, 1999), le irrealistiche assunzioni e le drammatiche previsioni delle tesi catastrofiste dovrebbero essere temperate dalla osservazione che la Regione Emilia-Romagna, pur avendo già oggi una proporzione di popolazione anziana pari a quella attesa in Italia nel 2050, presenta tuttavia un sistema di protezione sociale in ragionevole equilibrio anche dal punto di vista finanziario. Osservazioni di buon senso e cautele metodologiche sembrano disattese dal rapporto, che precisa che «i criteri concordati nell'ambito dello Ecp-Wga prevedono, come ipotesi base, l'invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazioni» (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2002, p. II) in quanto questo «semplifica notevolmente l'analisi del consumo sanitario riconducendo i fattori di variazione a due soli indici: il Cps [Consumo pro capite standardizzato] e il consumo dipendente dalla modificazione della struttura demografica» (Massicci, 2002). Assumere per la prima metà del nuovo secolo (un arco di tempo lunghissimo a fronte della rapidità dei mutamenti tecnologici e organizzativi in sanità) invarianza dei costi unitari dei fattori e della produttività del lavoro e stabilità nello stato di salute e nella frequenza e gravità delle condizioni di disabilità per le prossime due generazioni di anziani rispetto alla generazione attuale, così come postulare l'assenza di innovazione di prodotto e di processo nell'assistenza sanitaria e sociale contribuisce certamente a semplificare i calcoli, ma rende anche privo di senso il modello di previsione elaborato. L'unica giustificazione per assunzioni tanto irrealistiche nella produzione di rapporti che hanno influito profondamente nella elaborazione delle politiche pubbliche è che la loro dichiarata derivazione dai modelli elaborati per la stima della spesa pensionistica abbia oscurato le profonde differenze fra politiche pensionistiche e politiche assistenziali rispetto a definizione dei destinatari, determinazione dei benefici e formazione dei loro costi.

D'altro canto, i pilastri privati che avrebbero dovuto sostituire l'intervento pubblico non si sono mai materializzati, in Italia come in altri paesi, per tre sostanziali motivi (Reinhardt, 2000): l'assicurazione individuale su base volontaria per la cosiddetta *«long-term care»* è l'esempio paradigmatico di un classico fallimento del mercato, per

motivi di efficienza e di equità (Cutler, 1996); la «miopia» rispetto ad assicurazioni private per la *long-term care* (Meier, 1999) della popolazione che continua ad esprimere preferenze per una copertura a finanziamento pubblico affidato alla fiscalità generale (Brau, Lippi Bruni e Pinna, 2003); la difficoltà di integrare un'assistenza complementare che prevede la fornitura di servizi rispetto alla più semplice integrazione dei trasferimenti finanziari delle pensioni pubbliche e private.

La prima e fondamentale lezione che si può trarre dall'analisi delle opzioni per politiche a favore della popolazione anziana è, quindi, nel riconoscimento della non ineluttabilità di scelte di privatizzazione, non giustificabili sul piano teorico e impraticabili su quello pratico. Le evidenze empiriche disponibili, le elaborazioni teoriche e le esperienze degli altri paesi dimostrano invece che il problema dell'assistenza a lungo termine alle persone non autosufficienti non può che essere affrontato con qualche speranza di successo attraverso politiche pubbliche. Le univoche conclusioni derivabili dalla letteratura internazionale non autorizzano, tuttavia, a ritenere che non solo il livello di finanziamento, ma neppure l'organizzazione e il funzionamento attuali del sistema sanitario e di quello sociale possano adeguatamente far fronte alle nuove e maggiori esigenze dettate dal profilo atteso nelle caratteristiche della popolazione. I limiti delle politiche pubbliche e le insufficienze nella loro amministrazione e nella gestione dei servizi in questo settore sono stati ampiamente evidenziati (cfr. ad esempio Bifulco, 2006 e più in generale il volume n. 2 de «La Rivista delle Politiche Sociali» dedicato al *welfare* locale). L'attuale sistema dell'integrazione sociale e sanitaria, particolarmente per quella parte cosiddetta ad «elevata integrazione sanitaria» secondo la definizione dell'art. 3-septies del d.lgs. 229/1999, può essere eufemisticamente qualificato «in divenire» quanto a presenza di strutture e qualità dell'offerta; forme di organizzazione e modalità di funzionamento; disponibilità di risorse tecnologiche e di competenze professionali specifiche, che presentano grandi differenze fra ed entro le regioni creando problemi per qualsiasi politica ispirata a principi universalistici e obiettivi equitativi. Il possibile ottimismo derivante dal giudizio di «immaturità» di un sistema necessariamente complesso è fugato dalla constatazione che la necessità della sua evoluzione per far fronte alle nuove esigenze imposte dalla demografia incontra problemi a prima vista insormontabili di gestione del cambiamento in uno spazio densamente popolato di soggetti eterogenei quanto a funzioni-obiettivo e a risorse, che operano in contesti ove si sovrappongono economia di mercato, economia pubblica ed

economica del non-profit (oltre a quote significative di semplice economia domestica), e dovrebbero essere governati da politiche pubbliche ben strutturate che invece faticano ad emergere da un confuso intreccio, generalmente competitivo e non raramente perverso, fra le competenze legislative e le responsabilità amministrative, finanziarie e gestionali di Stato, Regioni e Comuni (Alti e Iurleo, 2005).

L'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza (Fna) rappresenta la risposta politica, istituzionale e organizzativa che offre l'opportunità di accelerare i necessari mutamenti sia al sistema dell'assistenza sanitaria sia a quello dell'assistenza sociale.

3. Obiettivi generali

Può non essere eccessivamente semplificatorio individuare le due innovazioni fondamentali introdotte dalla legge 328/2000 nella affermazione, da un lato, di un diritto universalistico (successivamente costituzionalizzato con la riforma del Titolo V Cost.) all'accesso a un insieme di prestazioni e servizi «essenziali» (i cosiddetti Liveas) e, dall'altro, nell'indicazione di sviluppare il governo integrato dei soggetti interessati alla utilizzazione, alla produzione e al finanziamento di tali servizi attraverso modelli di programmazione negoziata condotti a livello locale. Queste due innovazioni hanno prodotto una tensione fra la generalità e l'affermata omogeneità dei diritti sociali proclamati e l'indicazione dell'ambito locale come luogo della negoziazione per comporre interessi eterogenei al fine di assicurare l'esigibilità di tali diritti. La mancata definizione dei Liveas ha parzialmente allentato questa tensione, facendo però contemporaneamente mancare un elemento essenziale per equilibrare le tendenze municipalistiche che, dietro esigenze di diversificazione secondo gli specifici contesti e di personalizzazione della risposta, hanno permesso la crescita di egoistiche disuguaglianze nell'ambito della stessa regione e, talora, fra comuni entro il medesimo piano di zona, accentuando ulteriormente le differenze rispetto ai principi e agli obiettivi che guidano organizzazione e funzionamento dei sistemi sanitari (anche se con risultati in genere insoddisfacenti).

Sono ben note le difficoltà teoriche e pratiche che, non diversamente dai Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), l'elaborazione dei Liveas tuttora sconta, a partire dalla definizione del concetto stesso di «essenziale» rispetto a «minimo» (Balduzzi, 2004). L'istituzione di un

Fna non può, ovviamente, risolvere questi problemi, ma può contribuire comunque a rafforzare il carattere universalistico del sistema e a favorire l'omogeneità dei diritti esigibili attraverso due strumenti fondamentali: *a)* la definizione di regole uniformi per l'accesso a servizi predefiniti, in ragione delle caratteristiche dei soggetti; *b)* l'istituzione di un *pool* comune di risorse finanziarie cui concorrono risorse pubbliche (nazionali, regionali e comunali) ed, eventualmente, private da ripartire con criteri equitativi e obiettivi redistributivi fra ambiti territoriali geograficamente definiti tenendo conto del fabbisogno, delle differenze nei livelli di offerta e nelle capacità fiscali dei Comuni interessati.

4. L'integrazione finanziaria

Caratteristica del sistema attuale è la presenza di vincoli di bilancio «deboli» e di una ampia possibilità di trasferimento opportunistico degli oneri finanziari fra le diverse fonti di finanziamento. Questa situazione, caratteristica anche se certamente non esclusiva del sistema della «elevata integrazione sanitaria», può derivare da inerzia, incapacità e/o opportunismo dei diversi attori, ma è in primo luogo la risposta strutturale di adattamento strategico ad una finanza caratterizzata da fonti di finanziamento plurime, frammentate e disgiunte che si combina con capacità fiscali profondamente diverse e in genere insufficienti rispetto allo scopo. Il sintomo più manifesto di questa patologia è la incompletezza dei Piani di zona che, quando presenti, risultano in genere dettagliati nei piani di intervento ma vaghi e comunque carenti nella indicazione delle risorse su cui possono contare e nella identificazione delle responsabilità finanziarie dei soggetti istituzionali di riferimento.

Compito primario del Fondo per la non autosufficienza è di ricomporre questa frammentazione, in modo che tutte le risorse finanziarie provenienti dalle diverse fonti, pubbliche e private, vengano integrate in un unico *pool* al livello in cui sono assunte le decisioni di spesa. L'unità amministrativa e geografica elementare di questa distribuzione è rappresentata dal distretto sociosanitario, che coincide di norma con la zona sociale, è l'ambito di riferimento dei piani di zona e lo strumento fondamentale di programmazione partecipata in ambito sociale e sanitario. Perché la istituzione del Fondo conferisca ai distretti anche la possibilità di contare su risorse certe e predefinite, è a questo livello che le risorse proprie dei Comuni dedicate all'assistenza alle per-

sone non autosufficienti devono ricomporsi con le risorse del Fna provenienti dalla Regione e dallo Stato ripartite fra i diversi ambiti territoriali, costituendo un *pool* virtuale per finanziare le scelte specifiche operate attraverso il Piano di zona e operazionalizzate con il Piano delle attività territoriali.

L'adeguatezza quantitativa del Fondo per la non autosufficienza rispetto alle prestazioni e ai servizi che entreranno a far parte dei livelli essenziali delle prestazioni sociali costituisce ovviamente un problema fondamentale per la sostenibilità del nuovo sistema che si intende avviare. Accanto ai problemi della stima del fabbisogno (Gori e Vanara, 2006), non sarà irrilevante a questo proposito la scelta di seguire le indicazioni della legge 328 che subordina la definizione dei Liveas alle risorse disponibili, anche se questa formulazione appare difficilmente compatibile con la costituzionalizzazione di questi diritti sociali, operata dalla successiva riforma del Titolo V Cost., ed è in contrasto con la disciplina introdotta dal d.lgs. 229/1999 in merito alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, che innovava rispetto alla formulazione del precedente d.lgs. 502/1992 (Balduzzi, 2004).

Tuttavia, la unificazione del *pool* di risorse finanziarie complessivamente disponibili è una condizione altrettanto necessaria per garantire la sostenibilità nel tempo del nuovo sistema. Infatti, la creazione di un unico *pool* di risorse finanziarie previene comportamenti opportunistici da parte dei soggetti interessati (come, ad esempio, il trasferimento dei costi dal sanitario al sociale e viceversa), e favorisce contemporaneamente il raggiungimento di obiettivi redistributivi (compensando per la diversa capacità fiscale dei territori) nonché la definizione di rigorosi vincoli di bilancio, necessari per riequilibrare la asimmetria verticale fra potere di spesa (concentrato principalmente a livello locale) e capacità di copertura (prevalentemente regionale).

Tuttavia, il rispetto dei vincoli di bilancio richiede anche sia l'applicazione puntuale dei criteri di accesso secondo le condizioni di eleggibilità previste per i destinatari, sia la determinazione di tariffe omnicomprensive per la remunerazione dei soggetti produttori dei servizi. Le tariffe devono, cioè, tenere conto di tutte le risorse trasferite ai soggetti produttori di servizi, indipendentemente dalla fonte da cui provengono (l'Azienda sanitaria, il Comune o la famiglia dell'ospite) e dalla natura del trasferimento (monetario oppure in beni e/o servizi). Questo comporta la definizione di una nuova politica tariffaria, con tariffe che siano eque rispetto ai costi di produzione dell'assistenza (tenendo conto dei diversi livelli di complessità assistenziale degli assi-

stiti) e incentivino l'efficienza tecnica (ad esempio, evitando di remunerare a piè di lista taluni fattori di produzione) e quella allocativa (ad esempio, privilegiando l'assistenza domiciliare rispetto a quella residenziale). Forti ostacoli a tale politica sono rappresentati dalle prevedibili resistenze dei soggetti produttori (che attualmente trovano conveniente trasferire una parte del loro rischio imprenditoriale sul finanziatore, ottenendo il rimborso dei costi storici per il personale sanitario, per presidi, ecc.), ma anche dai limiti degli attuali sistemi informativi, sia assistenziali sia economico-finanziari a livello regionale e locale, che dovranno quindi essere rapidamente colmati, attraverso programmi di investimenti in tecnologie informatiche, sistemi gestionali e, soprattutto, di formazione degli operatori.

5. *L'integrazione organizzativa*

Questi temi introducono il problema della integrazione organizzativa, cioè del coordinamento del sistema di produzione da cui dipende in ultima analisi la qualità del servizio e la sostenibilità finanziaria di lungo periodo del sistema. La legge 328/2000 aspirava a realizzare un modello integrato di governo locale (*governance*) che presuppone l'istituzionalizzazione di relazioni cooperative e di legami fiduciari fra tutti i soggetti presenti, formalizzati nella sottoscrizione dell'accordo di programma in attuazione delle linee di programmazione locale. La teoria ha segnalato e la pratica ha puntualmente dimostrato la fragilità del confine fra cooperazione e collusione (Fiorentini, 2004; Ugolini, 2004).

Il settore è attualmente caratterizzato (accanto ad un'ampia presenza di assistenza cosiddetta «informale») da una minoranza di soggetti pubblici di proprietà delle Aziende sanitarie o dei Comuni e da soggetti privati, commerciali e non, esponenziali di interessi diversi e non raramente in competizione (o in franco conflitto) fra di loro. Tali soggetti presentano differenze profonde rispetto a funzioni-obiettivo, regole di governo e norme di funzionamento interno, e sono accomunati da piccole dimensioni e scarsa differenziazione nei vari settori di attività, ridotta capitalizzazione e forte prevalenza di capitale umano su quello tecnologico.

L'eterogeneità dei soggetti istituzionali contribuisce ad aumentare i costi di transazione e si riflette sulla forma delle relazioni con il soggetto finanziatore, con una sovrabbondanza di strumenti a vario gra-

do di integrazione di volta in volta (e talora contemporaneamente) utilizzati, come accordi di programma, consorzi, società miste pubblico-private, contratti di servizio, ecc. (Fiorentini, 2004). La complessità di queste relazioni fa sì che, a dispetto del suo ruolo di quasi-monopsonista, risulti difficile per il finanziatore pubblico realizzare l'allineamento degli incentivi economici e reputazionali fra i diversi soggetti che intervengono nelle diverse fasi del processo assistenziale con servizi complementari, integrativi o sinergici. Questo contribuisce, altresì, a rendere opache le relazioni di responsabilità nei confronti degli utilizzatori del servizio, e produce non raramente fenomeni di cattura del finanziatore/regolatore da parte del soggetto produttore (Ugolini, 2004).

L'evoluzione futura promette di accentuare questi problemi. Recenti ricerche evidenziano che l'aumento dei volumi di attività e la crescita del finanziamento pubblico opera una duplice pressione alla differenziazione/specializzazione delle attività e alla integrazione con soggetti esterni, cui le strutture tendono a rispondere, anche per effetto della loro bassa capitalizzazione e delle ridotte risorse professionali, esternalizzando parti del processo produttivo, che si sviluppa in un numero di strutture diverse, attraverso accordi informali o contrattuali (Brandsen e van Hout, 2006). Un fenomeno simile inizia a percepirsi anche nelle situazioni italiane più avanzate, ove le attuali caratteristiche strutturali, organizzative e relazionali dei soggetti produttori sono poste in tensione dal progettato sviluppo che il sistema assistenziale richiede al fine di realizzare economie di scopo e di ricercare economie di scala attraverso fusioni o lo sviluppo di forti interdipendenze reciproche. Un rigoroso processo di accreditamento potrebbe contribuire allo sviluppo di nuove regole di organizzazione interna delle strutture, ma non potrà ovviamente risolvere i problemi delle interdipendenze fra strutture né quelli di governo del sistema.

Un punto specifico di particolare rilevanza, a questo proposito, è il ruolo che le Aziende per i servizi alla persona (Asp), derivanti dalla trasformazione delle Ipab, assumeranno nel sistema di produzione dei servizi (Ugolini, 2004). Su questo punto gravano molte incertezze, derivanti dalle modalità con cui saranno attuate localmente le direttive emanate dalle diverse Regioni, un ulteriore elemento di forte differenziazione del sistema. Vi è tuttavia la chiara evidenza di una tendenza all'aumento delle dimensioni delle singole strutture, generalmente per fusione di istituzioni preesistenti. L'aumento delle dimensioni delle strutture può favorire economie di scala e di scopo ma potrebbe an-

che portare a situazioni di monopolio bilaterale che ostacolano efficienza tecnica ed efficienza allocativa del sistema.

Un punto di particolare delicatezza istituzionale è rappresentato dalle politiche generali che si intenderanno seguire per lo sviluppo del cosiddetto «terzo settore». Si tratta ovviamente di politiche generali che esorbitano dallo specifico settore sociale e sanitario, su cui hanno tuttavia forti implicazioni. A questo proposito può essere non del tutto inutile segnalare l'opportunità di distinguere nettamente fra eventuali politiche per favorire lo sviluppo del terzo settore da politiche pubbliche il cui obiettivo primario sia invece la fornitura di servizi di qualità ai loro utilizzatori finali, di cui le organizzazioni del terzo settore sono mezzi, con proprie responsabilità e specifiche obbligazioni nei confronti dei destinatari e dei committenti dei servizi.

6. *L'integrazione professionale*

È stata ripetutamente sottolineata l'eterogeneità istituzionale dei soggetti che concorrono alla produzione dei servizi territoriali sociali e sanitari e la difficoltà di sviluppare sistemi di governo integrato. I contratti relazionali largamente incompleti fra le organizzazioni che operano nei servizi territoriali, e fra queste e i loro finanziatori, hanno un corrispettivo nell'importanza dei fattori reputazionali e nell'alto grado di fiducia che qualificano le relazioni interprofessionali, che comprende anche la condivisione delle conoscenze «tacite» non codificate, patrimonio di ciascuna professione e proprie di ciascun operatore. A questo si aggiunge la intrinseca complessità dei percorsi assistenziali necessari per rispondere ai bisogni eterogenei che emergono a livello territoriale, che possono trovare una risposta solo parziale nella pratica dei cosiddetti *case manager*. Poiché i concetti di fiducia, reciprocità e reputazione assumono una posizione preminente nel condizionare funzionalità, efficacia ed efficienza dei servizi territoriali, la cosiddetta «valorizzazione delle risorse umane» in questo contesto non è tanto una scelta, quanto una condizione necessaria per avviare la trasformazione organizzativa che si intende realizzare. Questo obiettivo è particolarmente rilevante anche nel determinare le relazioni fra la struttura, gli operatori e i suoi ospiti, in ragione della particolare importanza dei fenomeni di asimmetria informativa presenti in questo settore e della elevata prevalenza di strutture private *for profit* (Chou, 2002).

Il medesimo problema assume una peculiare configurazione rispetto al fenomeno della cosiddetta «badantizzazione» del lavoro di cura. Malgrado le numerose indagini disponibili, la diffusione e le caratteristiche essenziali del fenomeno delle «badanti» continua ad essere avvolto da un'aura di indeterminatezza e da una forte eterogeneità, ampiamente giustificata dalla condizione di illegalità in cui vivono molte di queste lavoratrici e dal prevalere dell'economia sommersa (Mesini, 2004). Due punti sono comunque rilevanti: *a*) il carattere precario ed altamente instabile del fenomeno, legato, da un lato, alla dinamica dei fenomeni migratori e alla evoluzione della loro disciplina e, dall'altro, alle difficoltà delle condizioni di lavoro e alle opportunità alternative che si offrono agli operatori; *b*) la contrapposizione fra la tendenza alla deprofessionalizzazione del lavoro di cura (per quanto non siano rare le occasioni di elevata professionalità di alcuni di questi operatori, particolarmente se provenienti dall'Est Europa) rispetto alla opposta tendenza dell'assistenza sanitaria, caratterizzata da un forte rafforzamento e dalla contemporanea frammentazione del monopolio professionale, testimoniato dalla diffusione dei corsi di laurea e dall'istituzione di collegi per ben 22 «nuove» professioni sanitarie. In ogni caso, è evidente che la possibilità di affrontare con qualche speranza di successo questo problema richiede interventi intersettoriali che interessano anche politiche migratorie e politiche del lavoro oltre alle tradizionali politiche assistenziali.

È ormai tradizionale il richiamo alla necessità di *team* multiprofessionali sia nella valutazione della popolazione anziana, al fine di realizzare la massima appropriatezza organizzativa, sia nella presa in carico dell'assistenza. Questo deriva dalla complementarità fra componenti sociale e sanitaria dell'assistenza, in quanto beni entrambi necessari nello stesso momento e in proporzioni relativamente predeterminate per assicurare efficacia negli interventi. L'evoluzione del sistema di assistenza può richiedere anche apporti professionali nuovi, con contenuti scientifici e profili formativi innovativi, e, di conseguenza, nuovi sistemi di inquadramento contrattuale e meccanismi di carriera. Da un lato, l'elevata prevalenza di problemi sanitari nelle strutture residenziali per anziani, favorita dalla diminuzione della durata di degenza negli ospedali per acuti e dalla aumentata frequenza delle diverse forme di demenza, induce a riconsiderare l'adeguatezza dell'assistenza medica e infermieristica attualmente fornita nelle Rsa e nelle case protette. Dall'altro, la diffusione di queste strutture, le aumentate dimensioni, la differenziazione dei settori di attività e la complessità

della organizzazione richiedono lo sviluppo di professionalità specifiche per la loro gestione, analogamente a quanto è avvenuto in numerosi altri paesi. Oltreché favorire la collaborazione fra le figure professionali esistenti e aumentare la loro qualificazione professionale, è necessario quindi pensare anche a nuove figure, dotate delle competenze e del livello di autonomia necessari ad affrontare le nuove forme in cui si eserciterà l'assistenza.

7. L'integrazione istituzionale

Forma e intensità delle relazioni «verticali» fra Regione ed enti locali, direttamente o indirettamente attraverso le Aziende sanitarie del Ssr, rappresentano il punto più critico di tutte le forme di integrazione, in ragione delle rispettive competenze specifiche in ambito sanitario e in ambito sociale. La diffusa richiesta di autonomia locale nelle scelte rispetto ai livelli e alle forme di assistenza si scontra sempre più frequentemente con la eterogenea, ma in genere inadeguata capacità fiscale delle stesse comunità, che ne limita l'autosufficienza e aumenta la domanda di redistribuzione, una funzione tipicamente centrale.

Queste considerazioni generali evidenziano come l'operatività del Fna presenti una tensione fra le esigenze di sostenibilità economica, che potrebbero essere assicurate attraverso una gestione centralizzata, e le necessità di sostenibilità politica, determinate dall'equilibrio fra le preferenze dei destinatari degli interventi (espresse a livello locale) e i costi politici del reperimento delle risorse necessarie per la loro soddisfazione (possibile solo a livello centrale). Si tratta quindi di una scelta largamente contingente, condizionata da numerosi fattori, quali ad esempio le tradizioni, il grado di omogeneità politica fra istituzioni locali e istituzioni regionali, ecc., che rende l'equilibrio raggiungibile altamente specifico di ciascuna regione, e proscrive l'imposizione dall'esterno di specifici modelli di integrazione istituzionale.

Se il piano della integrazione «verticale» riguarda principalmente la formulazione delle politiche e la distribuzione dei poteri di spesa, quello della integrazione orizzontale interessa soprattutto problemi operativi e di attuazione. Tuttavia, accanto ai problemi classici dell'attuazione di politiche intersettoriali, in cui gli interventi assistenziali si accompagnano a programmi infrastrutturali di supporto (ad esempio, i programmi di edilizia sociale) e a servizi di interesse collettivo (ad esempio, i trasporti), un particolare rilievo istituzionale assu-

me l'individuazione di forme di associazione intercomunale per l'esercizio di funzioni specifiche, efficienti quanto a dimensione e regole di funzionamento e, soprattutto, efficaci quanto a forma di governo, che si aggiunge al più tradizionale (e tuttora irrisolto) problema della cosiddetta «attivazione delle comunità locali», composte da soggetti istituzionali e non, attorno a politiche di coesione sociale.

8. Considerazioni conclusive

Esaminando i problemi della istituzione di un Fondo per la non autosufficienza è stata abbozzata un'agenda di problemi e, in alcuni casi, di obiettivi, più raramente di soluzioni, che possono essere di qualche utilità per affrontare il più generale problema della integrazione fra sistema sociale e sistema sanitario. I problemi riguardano sia i contenuti specifici delle politiche, sia le forme e i modi in cui queste sono elaborate e realizzate. Alla prima categoria appartengono la definizione dei destinatari, l'indicazione dei servizi «essenziali» e la quantificazione delle risorse necessarie per il loro finanziamento. Questo contributo ha esaminato esclusivamente gli aspetti relativi al secondo punto, interpretando l'istituzione del Fna come una opportunità per favorire la crescita della capacità di governo della integrazione fra sistema sanitario e sociale.

Obiettivo primario dell'istituzione di un Fna è la creazione di una architettura finanziaria, di assetti strutturali e di funzionamento e di relazioni istituzionali che assicurano la garanzia di diritti uniformi sul territorio regionale, finanziariamente e politicamente sostenibili nel lungo periodo. La speranza, ma non necessariamente l'eventualità più probabile, è che il confronto della diversità nelle logiche e nelle norme di funzionamento proprie del sistema sanitario e di quello sociale migliori entrambi, non comporti l'annessione di nessuno dei due, ma dia luogo ad un terzo genere, con specificità sue proprie, modellate in termini di cultura, istituzioni, organizzazioni e processi.

Per la sua funzionalità immediata e per la sua sostenibilità politica e finanziaria nel tempo, il nuovo sistema che dovrebbe essere innescato dal Fna richiede una integrazione finanziaria, organizzativa, professionale e istituzionale. Questi quattro tipi di integrazione sostanziano e specificano il tradizionale concetto di integrazione sociosanitaria, utile per esprimere un'esigenza, ma povero di contenuti empirici. Le quattro forme di integrazione sono fra di loro largamente complementari

e, per molti aspetti, sovrapposte. Esse rappresentano obiettivi di trasformazione del sistema che possono essere facilitati da una legge nazionale, ma non possono essere imposti dall'esterno, in quanto sono largamente condizionati dalle condizioni locali nella forma finale e nei percorsi per la loro realizzazione.

RPS

Francesco Taroni

I costi della mancata integrazione tra sociale e sanitario

Carla Collicelli

Che i costi della sanità tendano ad aumentare in maniera vertiginosa è dato acquisito. L'ultima previsione del Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute stima il triplicarsi dell'incidenza sul Pil entro quindici anni, fino a raggiungere il 21% in Usa e il 16% nella media degli altri paesi Ocse. La posizione relativamente vantaggiosa dell'Italia, con il suo 8,5%, tenderà comunque ad essere erosa, se non altro per effetto della tendenziale convergenza globale dei consumi sanitari, dei sistemi di offerta e dei relativi costi.

Per quanto riguarda gli equilibri interni al sistema italiano, poi, l'aumento dei finanziamenti alla salute previsto dalla ultima Finanziaria non basterà ad evitare un passivo compreso tra i 3,1 e i 10,6 miliardi di euro, secondo le recenti stime del Ceis - Tor Vergata, con l'aumento dei rischi conseguenti per le famiglie e i cittadini, dalla spesa *out of pocket*, all'impoverimento, alla inappropriatazza, alla perdita di salute, ai costi sociali connessi ad una copertura inadeguata.

Per la spesa *out of pocket*, le stime parlano di un 50% di quella pubblica, a partire dai dati sulla utilizzazione della specialistica privata e di altre strutture a totale carico dell'utente (circa il 37% degli italiani per anno secondo l'ultimo dato Censis), dei ricoveri in regime privato (3,3%), della odontoiatria (49%), della medicina non convenzionale (20%), delle assicurazioni sanitarie integrative, fortemente cresciute negli ultimi anni (15%), della assistenza ai non autosufficienti (85%) (Fbm-Censis, 2002). Sui costi sociali, diretti e indiretti, non esistono studi né stime affidabili. Indagini, condotte dal Censis negli anni passati su campioni rappresentativi di malati cronici e sulle rispettive famiglie, hanno permesso di mettere in evidenza come l'onere delle cure per queste patologie sia decisamente consistente e ricada in larga misura sulla società e i parenti degli ammalati. Negli ultimi decenni l'incidenza delle cure prestate ai disabili e ai non autosufficienti da parte delle famiglie di appartenenza è del 70-80% in maniera costante. Solo una minima parte, inferiore al 5%, di queste categorie di sofferenti viene assistita in istituti specializzati. Una ulteriore quota minoritaria, quella rimanente, è data da ammalati che vengono assistiti a casa, con il supporto di operatori esterni alla famiglia.

Da un punto di vista economico, le ricerche effettuate negli anni scorsi hanno permesso di arrivare a stimare in termini generali l'ammontare delle risorse destinate alla cura di queste patologie. Come evidenzia la tabella 1, si tratta di diverse decine di migliaia di miliardi di lire, relative in particolare alle patologie tipiche dell'età anziana. Indagini condotte sui costi della malattia di Alzheimer hanno stimato, ad esempio, la presenza nel 2000 di 500.000 malati in Italia, con un carico economico di costi socio-sanitari diretti e indiretti di quasi 40 mila miliardi di lire annui.

Di questi, circa tre quarti erano da attribuire ai costi indiretti, vale a dire alla perdita di risorse economiche in termini di ore di lavoro. Il rimanente quarto, pari a circa 10 mila miliardi di lire, era relativo ai costi diretti, cioè alle spese pubbliche e private direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi.

Analoghi calcoli sono stati effettuati sugli anziani non autosufficienti di oltre 65 anni, stimati nella misura di quasi 2 milioni, e per i quali i costi socio-sanitari annui complessivi sarebbero ammontati a quasi 22 mila miliardi di lire, ripartiti tra un 57% di costi diretti e un 43% di costi indiretti.

Quote inferiori ma significative riguardano altre importanti patologie croniche, come le nefropatie, con un totale di 2.700 miliardi di lire di esborso annuo, di cui il 75% in costi diretti; la sclerosi multipla, con 50 mila soggetti coinvolti, e una cifra oscillante tra 2.000 e 2.500 miliardi di lire di costi socio-sanitari collegati; l'asma bronchiale, con un milione e 700 mila soggetti coinvolti per le forme più serie, e un'incidenza dei costi socio-sanitari annui di quasi 3.000 miliardi, di cui quasi il 70% in costi diretti.

Ancora, lo studio Prometeo curato dalla Università di Tor Vergata, ha calcolato negli anni scorsi in Italia le morti evitabili per causa, arrivando a stimare la massima incidenza a carico della prevenzione primaria (117 morti evitabili per 100.000 abitanti maschi e 31 per 100.000 femmine) contro valori nettamente più bassi di diagnosi precoce e igiene (tab. 2).

Nonostante l'approssimazione delle cifre, e la assoluta parzialità delle tipologie di cronicità considerate, i dati mettono in evidenza con sufficiente chiarezza come, accanto ai costi del Servizio sanitario nazionale pubblico, esista una quota considerevole di risorse impiegate per tutto ciò che il sistema pubblico non copre, e accanto ai costi economici esistono costi sociali non indifferenti addebitabili alle carenze del sistema.

Tabella 1 - I costi della cronicità (val. %)

Patologie	Soggetti coinvolti	Costi socio-sanitari annui (in miliardi di lire)		
		Totale	Costi diretti *	Costi indiretti **
	(Anni 1998-2000)		val. %	val. %
Alzheimer	500.000	39.500 ¹	24%	76%
Nefropatie croniche	39.000	2.700	74%	26%
Sclerosi multipla	50.000	2.000-2.500	75%	25%
Disabili gravi	733.000	<i>nd</i>	<i>nd</i>	<i>nd</i>
Anziani (oltre 65 anni) disabili	1.967.000	21.652 ²	56,7%	43,3%
Asma bronchiale	1.710.000	2.686	67%	33%
Osteoporosi	5.000.000	1.000 ³	<i>nd</i>	<i>nd</i>

* Indicano le spese pubbliche e private direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi.

** Non prevedono una spesa vera e propria ma sono la conseguenza di una perdita di risorse.

¹ Co.Dem, Studio longitudinale sui costi della malattia di Alzheimer in Italia 1998 e Centro di Farmaeconomia, Università di Milano.

² Costi diretti: spesa assistenziale pubblica e privata – non di tipo sanitario; Costi indiretti: Valore economico degli aiuti prestati in casa dalle famiglie – Cnr, 1998.

³ Costo diretto.

Fonte: Elaborazione Fbm-Censis su dati Istat, Ministero della Sanità, Aism, Bocconi.

Per non parlare dei costi socioculturali e politici più generali, che lo squilibrio dell'offerta sanitaria comporta. Moltissime delle donne straniere presenti in Italia, ad esempio, lavorano presso le famiglie: le lavoratrici domestiche iscritte all'Inps erano nel 2002 103.348, contro i 23.031 stranieri maschi e i 98.023 italiani (e italiane) e le nazionalità prevalenti delle lavoratrici domestiche sono la ucraina, la rumena, la filippina, la polacca, l'ecuadoregna e la peruviana.

In questo ambito la domanda di lavoro delle famiglie italiane col passare del tempo si è «allargata»: dalla cura della casa si è passati all'assistenza ai bambini, agli anziani, ai disabili, ai malati cronici e ai non autosufficienti. Da una recente indagine del Censis, risulta che il 2,4% degli ultrasessantacinquenni italiani vive con una «badante» (tab. 3), e l'odierna domanda di servizi alle persone, soddisfatta dalla componente

Tabella 2 - Mortalità evitabile standardizzata per grandi gruppi di cause e per sesso - 5-69 anni - Tassi per 100.000 ab.

	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene e assistenza sanitaria		Tutte le cause evitabili	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Regioni e ripartizioni								
Piemonte	129,0	35,9	2,9	24,0	54,8	18,6	186,7	78,5
Valle d'Aosta	168,5	35,6	3,4	23,5	63,4	18,7	235,3	77,8
Lombardia	131,1	32,6	2,8	24,2	58,9	18,4	192,8	75,2
Prov. Aut. di Bolzano	133,8	30,9	2,3	22,4	51,1	15,6	187,2	68,9
Prov. Aut. di Trento	143,4	30,2	1,8	21,0	57,1	16,6	202,3	67,8
Veneto	135,8	33,8	2,7	21,4	53,6	15,7	192,1	70,9
Friuli-Venezia Giulia	145,0	39,0	3,8	27,5	53,7	19,0	202,5	85,5
Liguria	101,3	27,0	3,0	21,1	52,8	17,4	157,1	65,5
Emilia-Romagna	119,2	34,4	2,1	22,3	53,0	17,0	174,3	73,7
Toscana	104,2	29,1	2,2	18,8	47,0	15,8	153,4	63,7
Umbria	99,2	28,4	2,3	19,9	52,7	19,6	154,2	67,9
Marche	101,3	26,3	2,3	20,3	46,5	13,3	150,1	59,9
Lazio	104,7	31,1	2,6	21,4	59,4	19,7	166,7	72,2
Abruzzo	94,8	24,2	1,8	18,2	54,2	16,1	150,8	58,5
Molise	105,6	28,8	1,8	18,4	60,2	23,2	167,6	70,4
Campania	116,5	31,8	2,7	21,3	71,9	27,5	191,1	80,6
Puglia	107,3	25,7	2,1	21,4	51,4	20,6	160,8	67,7
Basilicata	104,9	25,1	2,0	16,4	56,6	23,5	163,5	65,0
Calabria	100,9	26,4	1,9	18,3	53,8	21,7	156,6	66,4
Sicilia	106,0	30,0	2,1	21,9	60,4	23,0	168,5	74,9
Sardegna	130,8	26,2	2,6	22,3	58,2	17,3	191,6	65,8
Italia	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2	176,1	71,9

Fonte: Prometeo, 2000.

femminile dell'immigrazione proveniente dall'Africa, dal Sud America e oggi anche dall'Europa dell'Est, testimonia l'esistenza di un fabbisogno di servizi non forniti o non sufficientemente forniti dalle strutture pubbliche, anche sanitarie. La richiesta di assistenza domiciliare non arriva, infatti, solo dalle famiglie benestanti e cittadine, ma anche da quelle della piccola-media borghesia e non necessariamente dalle grandi città.

Ma soprattutto i lunghi turni di lavoro, insieme alle situazioni di residenza presso l'abitazione del datore di lavoro, rendono la componente femminile dell'immigrazione poco visibile, e il già complesso processo di integrazione, il mantenimento di legami con la comunità di appartenenza e la costituzione di nuovi legami con le comunità locali, difficoltosi.

La «*badantizzazione*» della cura degli anziani, d'altra parte, tende col tempo ad aggravare la situazione generale dell'assistenza, in quanto comporta un disimpegno conseguente delle famiglie e degli stessi servizi: cala ad esempio la disponibilità delle figlie adulte e delle nuore a prendersi cura degli anziani della famiglia, che vivono più a lungo, e stentano ad emergere nuovi investimenti, progetti e soluzioni alternative di assistenza domiciliare, semplice o integrata, o di residenzialità assistita.

Tabella 3 - Con chi vive l'anziano (65 anni in poi) (val. %)

	Val. %
Con il coniuge o convivente	39,3
Da solo	26,3
Con il coniuge e figli/o	13,0
Con la famiglia del figlio/a	11,9
Con altri parenti	4,0
Con badante	2,4

Fonte: Censis, 2004.

Una possibile lettura interpretativa della situazione che si viene a creare è quella del *paradigma post-femminista*, che vede la liberazione delle donne italiane a spese della libertà delle colf (Andall, 2000), le quali rinunciano alla propria vita familiare per permettere alla datrice di lavoro di lavorare e contemporaneamente di avere una famiglia, non compatibile invece per le donne straniere, che rinunciano perciò spesso alla riproduzione, abortendo, o lasciando i figli con i parenti nel paese di origine o in Italia, con evidenti conseguenze negative sul piano socio-culturale e politico.

A ben vedere, però, i dati citati, sia quelli economici che quelli sociali, non sono ineluttabili, conseguenza inevitabile della anzianizzazione e cronicizzazione delle condizioni di salute. In realtà, gli squilibri tra domanda e offerta e tra risorse utilizzate e impatto sulla salute dipen-

dono soprattutto da una carenza strategica nella utilizzazione delle risorse, non solo economiche, che la società ha a disposizione di fronte ai problemi della salute, e da inefficienze e sprechi risultanti da una gestione non ottimale, spesso obsoleta.

Per quanto riguarda gli anziani e le patologie croniche, ad esempio, è indubbio che gli anziani siano grandi consumatori di servizi e prestazioni sanitarie e ovviamente di farmaci, e che sia alto il rischio che la spesa pubblica per sanità cresca in parallelo con l'aumento del loro peso relativo sulla popolazione. Eppure occorre tenere presente una molteplicità di fattori diversi che potrebbero pesare sugli scenari futuri modificando un simile assunto. Ad esempio la *longevità attiva*, che ha alla sua base la diffusione di stili di vita salutari e il connesso miglioramento della condizione di salute degli anziani, nonché il loro nuovo attivismo sociale, che significa moltiplicazione di relazioni, progetti, attività, con impatti positivi anche sulla loro salute.

Spesso si sottovaluta l'impatto possibile della *rimodulazione* dell'offerta sanitaria, con la progressiva trasformazione degli ospedali in punte tecnologiche avanzate del sistema e lo sviluppo di strutture e servizi territoriali a più bassa intensità tecnologica, così da garantire continuità assistenziale e prestazioni appropriate ai reali bisogni dei cittadini; tale processo consentirebbe un *triage* più efficace della domanda sanitaria, emancipandola dalla componente più sociale e riducendo la pressione delle richieste sulle strutture di ricovero.

Insomma, il nesso invecchiamento-sanità è particolarmente complesso e merita risposte non semplificate o di facile impatto, ma piuttosto analisi lucide, pacate e con finalità operative chiare, e forse è proprio questa la sfida fondamentale per i processi di modernizzazione della sanità.

In merito poi all'efficienza e alla qualità, i dati della ricerca empirica dimostrano che non sempre la valutazione dei cittadini va nel senso della richiesta di prestazioni più care (Fbm-Censis, 2002). Il problema prioritario in sanità, secondo gli italiani, è rappresentato dalla eccessiva lunghezza delle liste di attesa (il 62,8% lo considera il problema più grave della sanità pubblica), seguito dalla bassa qualità dei servizi (30,4%), dalla mancanza di assistenza sufficiente per malati cronici, anziani non autosufficienti e handicappati (19,3%) e dall'elevatezza della spesa privata a carico dei cittadini (14,1%) (tab. 4).

Con riferimento all'età degli intervistati, tra i più giovani si riscontra una maggiore attenzione ai problemi della bassa qualità dei servizi (36,6% di contro al 30,4% valore totale), dello squilibrio nell'offerta tra le diverse regioni (17,8% di contro al 12,8%) e della mancanza di

attenzione alla soddisfazione dei cittadini (12,6%, 9,7%); tra gli anziani, invece, oltre alla comprensibile preoccupazione per la carenza di servizi per non autosufficienti, spicca la percentuale relativa alla mobilità sanitaria (11,4% di contro al 7,0%).

Tabella 4 - Problemi più gravi della sanità pubblica italiana, per ripartizione territoriale (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale*
Le liste di attesa	63,1	73,0	64,5	55,9	62,8
La bassa qualità dei servizi	21,6	26,5	22,0	44,4	30,4
La mancanza di assistenza per malati cronici, anziani non autosufficienti	13,8	20,6	28,5	17,5	19,3
L'elevata spesa privata a carico dei cittadini	13,4	11,6	17,5	13,9	14,1
Lo squilibrio dei servizi tra le diverse regioni	6,7	20,1	9,0	15,7	12,8
La mancanza di attenzione alla soddisfazione dei cittadini	15,7	6,9	8,0	7,7	9,7
La scarsa qualità professionale degli operatori	10,8	6,9	7,5	10,7	9,3
Gli spostamenti da una zona all'altra dei malati per farsi curare	5,2	3,7	6,5	10,7	7,0
Danni alla salute determinati dall'inquinamento	4,5	7,9	4,5	5,0	5,3
La mancanza di informazioni adeguate per scegliere i servizi	4,1	2,1	4,5	4,1	3,8
Altro	3,0	0,5	0,0	0,0	0,9

* Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2002.

In merito alle proposte considerate più importanti per una riforma della sanità pubblica, i risultati della stessa indagine evidenziano un pacchetto di quattro proposte, sulle quali convergono le opinioni: l'assistenza domiciliare ai malati cronici (27,9%), il collegamento tra ospedali generali e centri di alta specialità (27,8%), l'assistenza domiciliare invece del ricovero ospedaliero quando possibile (27,1%), e il potenziamento della medicina dell'urgenza e dell'emergenza (27,0%) (tab. 5).

Tabella 5 - Le proposte più importanti per una riforma della sanità pubblica, per ripartizione territoriale (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale*
L'assistenza domiciliare ai malati cronici	25,9	39,0	19,9	28,0	27,9
Il collegamento tra ospedali e centri di alta specialità	34,6	33,2	25,4	20,8	27,8
L'assistenza domiciliare invece del ricovero ospedaliero, quando possibile	20,5	23,0	26,9	34,5	27,1
Il potenziamento della medicina dell'urgenza, dell'emergenza	27,4	28,3	33,3	22,0	27,0
La trasformazione dei piccoli ospedali di zona in centri per la prima diagnosi, la riabilitazione, la convalescenza, la prevenzione	21,7	17,6	23,4	22,3	21,5
La costruzione di nuovi ospedali	13,3	15,0	7,0	28,0	17,3
Le mutue integrative per le prestazioni non coperte dal Ssn	8,4	16,0	15,9	5,4	10,3
Le cure palliative per i malati terminali, perché non soffrano e muoiano dignitosamente	8,0	5,3	12,4	6,8	8,0
La telemedicina e teleassistenza	2,3	2,1	2,5	5,1	3,2
Altro	2,3		3,5	1,5	1,8

* Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2002.

Si tratta di linee operative che disegnano un'organizzazione della sanità che richiede modifiche sostanziali nell'allocazione delle risorse e nei modelli operativi, con il potenziamento dei servizi territoriali in un'ottica di continuità assistenziale, che riduca l'ospedalizzazione ai soli casi gravi e di effettiva necessità, e con l'introduzione delle nuove tecnologie dell'informazione e della telemedicina per accrescere l'offerta a distanza di assistenza specialistica di qualità, riducendo al contempo la mobilità dei pazienti.

Un'ulteriore importante proposta di intervento, su cui convergono le opinioni degli intervistati, concerne l'introduzione di nuove fonti di finanziamento. Le esigenze di bilancio e la necessità di contenere la spesa sanitaria pubblica, a fronte della crescente domanda di prestazioni sanitarie, infatti, pongono in modo stringente la questione dell'articolazione degli strumenti di finanziamento della spesa sanitaria. Un interessante strumento in tal senso è rappresentato dall'introduzione di un fondo per le persone non autosufficienti, su cui il 52,5% degli intervistati si dichiara molto o abbastanza d'accordo, con una percentuale significativamente più alta tra i laureati (65,8%) e tra i più giovani (69,5%), tra i residenti al Nord-Ovest (55,1%) e al Nord-Est (54,9%).

Una successiva indagine del Forum per la ricerca biomedica (Fbm-Censis) mostra la netta distinzione che sussiste nelle opinioni degli italiani tra i giudizi sulla medicina ospedaliera e ambulatoriale tradizionale, da una lato, e sulla medicina del territorio, dall'altro (Fbm-Censis, 2003).

Dai dati si rileva che se per il 52,4% degli italiani i servizi e le strutture sanitarie risultano genericamente adeguate, percentuali molto elevate di adeguatezza emergono per la medicina di base (il 74,5%) e per l'assistenza farmaceutica (il 71,5%) (tab. 6).

Meno alte, ma comunque superiori al 50%, risultano le quote di intervistati che giudicano adeguati i servizi di medicina specialistica (56,8%), di pronto soccorso (56,3%), di ricovero ordinario (52,7%) e di *day hospital* (52,1%). Valutati in maniera meno positiva, risultano invece i servizi domiciliari (38,8%), i servizi di tutela degli alimenti (con il 37,3%) e i servizi territoriali (31,3%). La distribuzione dei dati per ripartizione geografica non mostra una linearità netta, anche se conferma il peso maggiore, con qualche eccezione, delle valutazioni di adeguatezza espresse dal Nord e la interscambiabilità nel grado di minor soddisfazione tra Centro e Sud.

Tabella 6 - Cittadini che valutano come adeguati i servizi sanitari, per area geografica (val. %)

Servizi	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Medicina di base	72,9	75,1	64,7	80,3	74,5
Assistenza farmaceutica	69,1	81,1	64,7	72,0	71,5
Medicina specialistica	59,1	58,4	59,9	52,8	56,8
Pronto soccorso	61,8	57,3	50,8	54,4	56,3
Ricovero ordinario	57,7	61,1	47,6	47,5	52,7
Day hospital	52,3	67,0	42,8	48,9	52,1
Servizi domiciliari	45,0	44,9	41,1	30,0	38,8
Tutela degli alimenti	43,9	50,2	33,7	27,8	37,3
Servizi territoriali	51,5	41,1	18,7	18,1	31,3
Totale servizi	57,0	59,6	47,1	48,0	52,4

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2003.

I dati ufficiali confermano, d'altra parte, le differenze territoriali e anche le lacune su alcuni fronti, come quello della prevenzione e quello della soddisfazione degli utenti, come emerge da una elaborazione per indici sintetici, realizzata a partire da dati Istat (tab. 7).

Nonostante, quindi, la spontanea propensione a sostenere una sanità integrata – che emerge dalle opinioni e dagli atteggiamenti degli italiani citati sopra – la realtà squilibrata in termini di risorse e di qualità tra sanità tradizionale (ospedale, centri diagnostici, ecc.) e sanità del territorio, che pure i cittadini devono costantemente constatare, determina distorsioni evidenti nei giudizi e di conseguenza nelle propensioni individuali all'accesso ai servizi, che determinano a loro volta ulteriori costi e sprechi, sia per le strutture che per gli utenti stessi, e sia dal punto di vista economico che da quello strategico, sociale e politico.

Secondo il *Monitor Biomedico 2004* (Fbm-Censis, 2004), il 28,7 % degli intervistati attribuisce gli accessi impropri alla struttura ospedaliera alla «sicurezza» riposta nella stessa. E secondo l'Osservatorio della terza età i ricoveri impropri incidono sulla spesa sanitaria per più di 5 milioni di euro all'anno.

Tabella 7 - Indici regionali di performance*, anno 2002

Regioni	Indice di:						
	Stato di salute ¹	Assenza di cronicità ²	Offerta per disabilità e cronicità ³	Prevenzione ⁴	Modernizzazione ⁵	Attrazione ⁶	Soddisfazione e buona risposta alla domanda ⁷
Piemonte	96	99	118	128	117	134	116
Valle d'Aosta	92	103	62	139	140	126	131
Lombardia	100	101	128	119	95	121	118
Bolzano	106	106	68	92	117	131	147
Trento	108	105	149	112	62	96	161
Veneto	101	101	158	114	102	143	117
Friuli-V. Giulia	94	97	93	150	86	118	131
Liguria	95	96	93	85	73	132	110
Emilia-Romagna	96	96	156	104	92	114	120
Toscana	99	99	146	77	121	129	124
Umbria	102	99	103	83	111	110	89
Marche	100	99	68	72	142	95	107
Lazio	99	100	58	99	100	157	82
Abruzzo	102	99	108	57	113	105	84
Molise	103	101	67	57	168	130	83
Campania	107	104	59	110	101	57	82
Puglia	103	102	57	80	84	72	68
Basilicata	99	97	107	56	89	59	56
Calabria	97	96	61	58	100	56	66
Sicilia	100	99	68	85	89	51	74
Sardegna	101	98	51	96	109	104	79
Italia	100	100	100	100	100	100	100

* Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso una combinazione lineare viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente decrescenti o crescenti alle Regioni.

¹ Forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.

² Con almeno una malattia cronica e non in buono stato di salute.

³ Strutture per disabili e spesa assistenziale.

⁴ Mortalità evitabile per prevenzione primaria e diagnosi precoce.

⁵ Ecotomografi, Tac e risonanze magnetiche, centri unificati prenotazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi.

⁶ Mobilità inter-regionale, degenza media per *case mix*.

⁷ Comodità orari, durata liste di attesa, soddisfazione per i servizi ospedalieri, ricorso al tribunale dei malati.

Fonte: Elaborazione Censis su dati Istat, Prometeo, Ministero Salute.

La *sicurezza ricercata nell'ospedale* deriva da quattro punti essenziali, per il rapporto tra italiani e ospedale:

- ♦ la funzione di *rassicurazione* dell'ospedale: avere un luogo fisico facilmente raggiungibile, dotato della potenza tecnologica e professionale adeguata, è considerato un fattore di tranquillità, che incide, nei fatti, anche sulla qualità della vita;
- ♦ il rifiuto da parte dei cittadini di uno *scambio*, percepito come ineguale, tra contrazione dell'attuale rete ospedaliera e futuro sviluppo di servizi alternativi sul territorio, come l'assistenza domiciliare integrata;
- ♦ la valutazione complessivamente *positiva* del rapporto con l'ospedale, con particolare riguardo alla professionalità di medici e infermieri, all'esito delle cure ricevute e alla dotazione tecnologica;
- ♦ la prevalenza tra i cittadini di una *cultura bipolare* del sistema salute, fondata sulla adozione di stili di vita salutari, da un lato, e sulle cure ospedaliere come risposta insostituibile per gran parte delle patologie, dall'altro.

Il dato fondamentale è che l'ospedale agli occhi degli italiani è il perno del sistema di cure perché, nei fatti, non ha alternative credibili e di fronte all'ipotesi «meno ospedale più servizi sanitari sul territorio, dalla riabilitazione all'assistenza domiciliare, alla lungodegenza», i cittadini diventano diffidenti, preoccupati e si arroccano in difesa dell'esistente, magari perfettibile, ma da salvaguardare.

Accanto a ciò, i cittadini ritengono che occorra ridurre la pressione della domanda sanitaria puntando sulla *prevenzione*. Gli incrementi di spesa sanitaria, secondo il 48,3% degli intervistati, devono essere destinati alla prevenzione, mentre il 31,1% vuole più soldi per gli ospedali e solo il 18% per i servizi socio-sanitari (tab. 8).

È chiaro perciò che esiste un *gap* nella cultura sanitaria degli italiani, poiché mentre risulta molto evoluto l'approccio all'impatto degli stili di vita e ben radicata la necessità della prevenzione, la cultura dei servizi è ancora arroccata sulla centralità dell'ospedale come luogo d'eccellenza, e la prevalenza di patologie cronico-degenerative ad alto e prolungato impatto socio-sanitario non ha ancora scalfito la gerarchia mentale e operativa degli italiani: *curare è soprattutto un fatto da ospedale*, e i servizi sul territorio non possono sostituirsi ad esso.

Come corollario a ciò, dalle ricerche emerge che, specie in alcuni contesti territoriali, il *consumo dei farmaci* è spinto verso l'alto dalle carenze dei servizi sanitari e dal fatto che esso costituisce la prima e più facile risposta all'insorgere dei sintomi di malattia, che lo porta ad ope-

Tabella 8 - Modalità preferita per l'impiego dei soldi pubblici per la sanità, per ripartizione territoriale (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Spendere di più per la prevenzione	42,7	52,6	54,6	46,9	48,3
Spendere di più per gli ospedali	36,9	29,8	23,0	31,7	31,1
Spendere di più per i servizi socio-sanitari territoriali (medicina di base, ambulatori, assistenza domiciliare integrata, ecc.)	17,7	14,4	20,2	19,0	18,0
Non so	2,7	3,2	2,2	2,4	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2004.

rare, nei fatti, come un vero e proprio *ammortizzatore sanitario*. Il rapporto biunivoco tra classe d'età e consumo farmaceutico non è infatti un dogma, ma qualcosa che viene influenzato da una serie complessa e articolata di fattori, e l'associazione tra invecchiamento e alta propensione al consumo di medicinali si articola in modo diversificato tra le varie regioni, manifestando in alcuni casi dinamiche in controtendenza.

Un caso esemplare, in tal senso, è rappresentato dal Friuli-Venezia Giulia, regione che presenta un consumo farmaceutico ben inferiore al dato medio nazionale (-6% nel 2002 e -5% nel 2003-2004), pur avendo un indice di vecchiaia molto elevato per tutto il triennio considerato (186,6 nel 2002; 186,0 nel 2003; 185,3 nel 2004) e pur prevedendo forme di ticket o compartecipazione alla spesa tra le più basse in Italia per lo stesso periodo temporale.

Altre realtà con indici di vecchiaia elevati sono Toscana, Emilia-Romagna e Umbria, che presentano consumi prossimi al dato medio nazionale, pur prevedendo, anch'esse, un livello impositivo di compartecipazioni assai inferiore rispetto alle altre regioni.

Per converso, la Campania, regione «giovane» per eccellenza e che presenta gli indici di vecchiaia più bassi in assoluto (77,2 nel 2002; 79,8 nel 2003; 81,9 nel 2004), spicca per i suoi alti livelli di consumo farmaceutico (+9% nel 2002; +10% nel 2003; +11% nel 2004), alla

luce di un livello di ticket molto basso per tutti e tre gli anni considerati.

Ancora più specifico è il caso della Sicilia, che pur avendo bassi indici di vecchiaia (99,1 nel 2002; 102,1 nel 2003; 104,5 nel 2004) e alti livelli di ticket pro capite, presenta scostamenti nei consumi farmaceutici abbondantemente al di sopra della media nazionale.

Articolazione diversa, ma altrettanto esemplificativa, presenta il Lazio, che manifesta consumi farmaceutici molto consistenti, pur in presenza di indici di vecchiaia e livelli di ticket pressoché in linea con il dato medio italiano, diversamente dalla Puglia, regione molto «giovane», con livelli però mediamente elevati di ticket e consumi prossimi alla media italiana.

Infine la Liguria, la regione più «vecchia» del paese, e con il rapporto tra ultrasessantacinquenni e minori di 14 anni più elevato in assoluto, unitamente alla presenza di alti carichi di compartecipazione alla spesa farmaceutica, si colloca ad un livello di consumo pro capite poco al di sotto dell'andamento nazionale.

Appare quindi quantomai opportuno considerare tra i fattori indiretti che incidono sui livelli di consumo e sulla spesa farmaceutica il contesto di offerta dei servizi, e la relazione inversa che sussiste tra adeguatezza dell'offerta di strutture e servizi sanitari e dinamica di consumi e spesa farmaceutica, che fa sì che il farmaco finisca per esercitare, in contesti con offerta inadeguata, la funzione di ammortizzatore sanitario che dicevamo, vale a dire di punto di caduta di quote di domanda sanitaria che potrebbero rivolgersi ad altri segmenti di offerta.

È evidente di nuovo, quindi, che l'evoluzione del sistema sanitario con un diverso «peso specifico» dei servizi sul territorio e una loro razionalizzazione in termini di tipologia di prestazioni garantite e in funzione della continuità assistenziale, potrebbe ridefinire la stessa articolazione della domanda, dei consumi e della spesa.

Ciò risulta chiaro anche alla luce dei *nuovi contenuti e obiettivi* dell'assistenza sanitaria a partire dalla domanda e dai comportamenti degli utenti. Su 100 italiani che si rivolgono alla sanità, 27 lo fanno per malattie molto gravi, 30 per malattie serie ma curabili, 25 per malattie leggere e 18 per malesseri e insicurezze (tab. 9). Gli italiani concepiscono l'assistenza sanitaria come integrata tra «*nucleo hard*» della medicina ufficiale e tecnologica e area del «*benessere allargato*». Tra medici-scienziati, medici-ingegneri, medici-psicologici, medici-amministratori, medici-imprenditori, gli italiani preferiscono un medico che abbia ottime capacità professionali e esperienza (58%), capacità di rapporto

umano con il paziente (35%), amore per la professione (30%), attenzione per la prevenzione (15%), reperibilità (15%), impegno nell'aggiornamento (11%). Ma vogliono anche (71%) che la ricerca scientifica e farmacologica costituisca una priorità importante per gli investimenti pubblici.

Tabella 9 - Opinioni sul ricorso al medico per tipo di patologia, per titolo di studio degli intervistati (valori medi)

Su 10 persone che vanno dal medico quante ci vanno:	Licenza elementare	Licenza media	Diploma scuola media superiore	Laurea	Totale
Per malattie molto gravi	3,1	2,8	2,6	2,4	2,7
Per malattie di una certa gravità ma curabili	2,9	2,9	3,0	2,6	3,0
Per malattie poco gravi ma fastidiose	2,4	2,6	2,5	2,7	2,5
Per malesseri derivanti da «piccole paure e insicurezze» o sensazione di disagio	1,6	1,7	1,9	2,3	1,8
Totale	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0

Fonte: Indagine Censis, 1999.

Il campo della salute è, dunque, sia per i pazienti che per gli operatori, un campo più largo e ricco di quello definito dai confini tradizionali, un campo nel quale la molecolarizzazione dei vissuti configura una domanda articolata in forme diverse l'una dall'altra e date da mix differenti di integrazione tra fattori organici e psichici, clinici e sociali, individuali e ambientali, quantitativi e qualitativi.

A fronte di ciò, sta una situazione di *scarsa integrazione* dell'offerta e dei relativi modelli. Nonostante si parli da molto tempo di integrazione, permangono una burocrazia settoriale, un sistema a canne d'organo, appartenenze esclusive (il mio personale, il mio ambulatorio, la mia attrezzatura), specializzazione della formazione, «sanitarizzazione» dei bisogni sociali. Né si lavora seriamente all'ampliamento della dimensione socio-relazionale dell'assistenza, lasciando, in sostanza, il sistema in un limbo di indeterminatezza e di settorialismi di stampo tradizionale (salve ovviamente le eccezioni), falsamente integrato o integrato solo grazie al lavoro di ricostruzione che lo stesso paziente svolge con le proprie forze e con i propri mezzi (paziente come «fattorino della salute»).

Una simile riflessione si colloca, peraltro, in un momento particolarmente delicato per la sanità italiana, nel quale importanti snodi e processi di trasformazione si accavallano:

- ♦ dal trasferimento delle competenze dal centro alle Regioni;
- ♦ al ripensamento del significato del diritto costituzionale alla salute e delle relative funzioni di garanzia (dai Lea alle valutazioni di esito);
- ♦ alla impostazione di verifiche e di confronti sull'attività regionale e locale;
- ♦ alla urgenza della individuazione di modalità adeguate di controllo della spesa e di reperimento di risorse aggiuntive;
- ♦ a quella dello sviluppo della ricerca biomedica.

E tutto ciò in una fase nella quale le aspettative rispetto al riposizionamento del settore, nell'ambito delle politiche pubbliche per il benessere e lo sviluppo, sono elevate. Basti pensare al fatto che gli elettori indicano la sanità ai primi posti tra i settori in cui si rende opportuna una riforma radicale e urgente e vorrebbero vedere maggiore innovazione e maggiori investimenti nelle politiche sociali.

A ciò va aggiunto che la ventata di soddisfazione, determinata dai risultati diffusi nel 2000 dall'Organizzazione mondiale della sanità sulle performance dei diversi sistemi sanitari, che collocava l'Italia al secondo posto dopo la Francia, si è rapidamente esaurita. Anche con l'aiuto delle analisi del Censis, è infatti stato possibile evidenziare che, tra gli indicatori utilizzati dall'Oms in quel lavoro, grande peso avevano quelli relativi allo stato di salute e alla spesa sanitaria, buono il primo e bassa la seconda nel nostro paese, ma per motivi non strettamente collegati alla qualità delle politiche e dei servizi. E che, se si guarda piuttosto alla capacità del sistema di rispondere alle esigenze dei cittadini, le performance italiane sono assai meno lusinghiere (22° posto per l'indicatore di «risposta ai bisogni») (tab. 10). È d'altra parte quanto emerge dalla diretta esperienza di liste di attesa e spesa *out of pocket*.

In realtà è dal lontano 1978, con la Conferenza di Alma Ata in Kazakistan, che l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato la sua campagna internazionale per l'assistenza sanitaria primaria, da sviluppare non solo nei paesi in via di sviluppo, ma anche in quelli sviluppati, e centrata sul lavoro di comunità, sull'educazione sanitaria e alimentare, sull'igiene pubblica, sull'assistenza materna e infantile, sulla prevenzione, sulla continuità assistenziale e soprattutto sulla collaborazione con gli altri settori della vita nazionale e sul lavoro di squadra centrato sull'infermiere di famiglia, sul volontariato e sulla responsabilizzazione personale (*integrated care e managed care*).

Tabella 10 - Rendimento e risposte dei sistemi: le valutazioni dell'Oms

Rendimento globale*		Livello di risposta**	
1	Francia	1	Usa
2	Italia	2	Svizzera
3	San Marino	3	Lussemburgo
4	Andorra	4	Danimarca
5	Malta	5	Germania
6	Singapore	6	Giappone
7	Spagna	7	Norvegia
8	Oman	8	Canada
9	Austria	9	Olanda
10	Giappone	10	Svezia
11	Norvegia	11	Cipro
12	Portogallo	12	Australia
13	Monaco	12	Austria
37	Usa	22	Italia

* Riunisce l'insieme degli indicatori utilizzati dall'Oms.

** Indice rivolto a sondare la capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini secondo: *a)* il rispetto delle persone; *b)* l'orientamento al paziente.

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità (Oms), 2000.

Gli studi integrati sul sociale hanno sottolineato l'incoerenza di un sistema che da un lato inquina e dall'altro vorrebbe disinquinare; che provoca l'aumento di determinate malattie e fa crescere la spesa per la sanità; che causa, con poco attente politiche economiche, l'emarginazione e pretende di superarla con la previdenza e l'assistenza sociale (tab. 11). Obiettivo prioritario dovrebbe essere allora quello di ritrovare coerenza, agendo in tutti i comparti (energia, agricoltura, occupazione, economia, educazione, politiche sociali, politiche sanitarie) ed evitando di scaricare sul solo welfare tutte le disfunzioni e i «*diswelfare*» che si generano negli altri comparti.

L'Italia ha a tale proposito ben più da recuperare di altri paesi, in quanto alla fine del ciclo della «grande crescita», negli anni '70, si è trovata a convivere con un modello di welfare e di sanità fortemente protettivo, per metà universalistico (sanità, scuola e assistenza sociale di base) e per metà categoriale (previdenza e assistenza sociale integrativa), in cui l'impronta di forte tutela pubblica e di garanzia statalista intrecciava e rimescolava al proprio interno le tre anime storiche

Tabella 11 qui

RPS

della protezione sociale italiana: la beneficenza cattolica, con i suoi ospedali fondati nel corso dei secoli da congregazioni religiose, e con le sue opere assistenziali; la mutualità operaia, sviluppatasi a seguito della industrializzazione, attraverso casse e mutue di previdenza e assistenza per i lavoratori e le loro famiglie; le assicurazioni pubbliche e le mutue sanitarie, nate nel Novecento, per la tutela statale dei principali bisogni e delle diverse categorie di lavoratori e cittadini.

Un ruolo fondamentale nella creazione del reticolo di garanzie hanno avuto i grandi soggetti di rappresentanza e tutela degli interessi, dai sindacati ai partiti, agli enti previdenziali e assistenziali pubblici e privati, alle mutue sanitarie, ai ministeri e, dopo il 1978, al Servizio sanitario nazionale e ai Comuni per la assistenza di base. Per la loro natura questi enti hanno privilegiato le forme di copertura monetaria (come le pensioni e gli assegni per i poveri) e istituzionale (come gli ospedali, gli ambulatori e le scuole). Mentre poco spazio hanno avuto, e ancora oggi hanno, nel sistema di protezione sociale ufficiale, gli interventi a sostegno della famiglia, quelli per l'occupazione, le forme di assistenza decentrata territoriale e domiciliare e gli interventi per le nuove povertà e i nuovi bisogni, dalla droga, alla solitudine degli anziani, ai disagi psichici, ai maltrattamenti dell'infanzia, agli immigrati extracomunitari. Per tutti questi bisogni un ruolo fondamentale è stato giocato dal terzo settore e dalle associazioni di volontariato, che hanno supplito alle carenze di un sistema generoso, ma molto istituzionalizzato e centralistico.

Un terzo settore anch'esso espressione di una antica concezione caritativa e filantropica assunto a terzo settore come mezzo di contenimento dei fenomeni di esclusione e di lenimento degli effetti più feroci del capitalismo e a moderna via per affermare una nuova economia sociale.

E mentre dal secondo dopoguerra le organizzazioni di terzo settore dei paesi europei hanno svolto soprattutto un ruolo di *advocacy* e quelle degli Stati Uniti un ruolo redistributivo, a partire degli anni '80 tutte hanno rafforzato soprattutto il ruolo di produttori stabili di servizi.

Anche grazie a questo ruolo, il passaggio che il paese sta vivendo in questa fase, può essere definito come passaggio «dalla protezione pubblica al mercato sociale». Mentre rimane ferma, cioè, la centralità della funzione di sostegno alla coesione sociale e alla identità collettiva da parte delle politiche di welfare, cambiano le ipotesi e i modi attraverso cui tale funzione viene identificata e progettata. E da una funzione prevalentemente centralizzata e statalista si tende a passare ad

una funzione decentrata e mixata tra pubblico e privato e tra sociale e sanitario, spostando l'asse su un reticolo di iniziative e servizi decentrati e tarati su bisogni in continua modificazione.

Ciò significa puntare su un *welfare incrementale*. Gli italiani di oggi sono essi stessi i primi a pretendere una protezione dinamica e non statica, che consideri non solo gli aspetti riparativi, di ristabilimento di una situazione di equilibrio perduto, ma anche gli aspetti promozionali, di accrescimento del benessere, sia che si tratti di salute, di ricchezza, di opportunità culturali o lavorative.

Ma significa anche puntare su *responsabilità* e *autodeterminazione*. In qualche caso si hanno comportamenti di vera e propria *non compliance* e ribellione nei confronti del potere esercitato dai rappresentanti ufficiali del sistema di protezione. In qualche altro caso si hanno lodevoli esempi di iniziative nate dal basso, prevalentemente a livello locale, che danno vita a processi di miglioramento del benessere collettivo, come le iniziative locali a favore della tutela ambientale o del verde pubblico, o quelle di animazione culturale.

La *devolution* ha attivato, o in qualche caso accelerato, alcuni processi di responsabilizzazione, dando vita ad una nuova stagione di sviluppo di modelli e processi, anche se non si può non ricordare il rischio di neocentralismo burocratico in capo alle Regioni, a seguito della devoluzione.

Il trasferimento pieno delle responsabilità normative e di controllo dei servizi sanitari dal Ministero della Sanità, e poi della Salute, alle Regioni ha infatti provocato una spinta alla centralizzazione di numerose funzioni a livello degli Assessorati regionali alla Sanità. Contemporaneamente, la crescita del peso delle responsabilità di bilancio e di amministrazione, sempre in capo agli Assessorati, ha prodotto in molti casi un irrigidimento delle funzioni regionali sul livello tecnico-amministrativo, con contemporanea perdita di terreno su aspetti più squisitamente politici e di contenuto, una sorta di nuovo «*economicismo*».

La conflittualità tra centro e Regioni e tra Regioni e aziende sanitarie e ospedaliere è in molti casi cresciuta, e contemporaneamente si è verificato uno slittamento delle funzioni verso diversi e spesso più articolati soggetti di riferimento, dalle Agenzie regionali, alla Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, agli Osservatori epidemiologici, alle Università, ai Centri di ricerca, all'Istituto superiore di sanità, con un effetto di pluralizzazione funzionale.

Guardando al sistema nel suo complesso, d'altra parte, emerge come

gli anni più recenti abbiano visto un significativo trasferimento dell'impegno istituzionale in sanità dagli obiettivi più tipicamente aziendalistici, propri della prima parte degli anni '90, a obiettivi più strettamente e direttamente legati alla pratica clinica e al suo governo.

Con il termine *clinical governance*, entrato ormai nell'uso per indicare l'obiettivo principe della gestione sanitaria e di conseguenza anche il principale punto di condensazione delle azioni valutative, si intende proprio «il complesso dei mezzi attraverso i quali il sistema sanitario assicura la disponibilità di cure cliniche di qualità, rendendo gli operatori responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento» (Aa.Vv., 2002).

In giorni nei quali le sorti della riforma della sanità sembrano risiedere nelle scelte di bilancio e di cassa, appare opportuno quindi ricordare come il processo di trasformazione in corso abbia origini ben più complesse e discenda logicamente e temporalmente da una lunga stagione di analisi e proposte.

Il rischio evidente è che le contraddizioni di fondo non vengano portate completamente a galla e non ci sia il tempo e la forza politica di elaborare un nuovo modello di intervento, sulla base di un processo di concertazione e di riforma partecipata.

In sostanza, il dibattito attuale rischia di configurarsi come un dibattito centrato ancora prevalentemente sugli aggiustamenti progressivi piuttosto che sulla revisione sostanziale del modello, e sul sistema quale esso è oggi con i suoi diritti acquisiti e le sue procedure standardizzate piuttosto che sulle necessarie innovazioni e sulle soggettualità e gli istituti nuovi.

In particolare occorre che:

- ♦ le *parti sociali* abbraccino un'ottica di responsabilità concertative decentrate, di poliarchia, di ridefinizione continuata dei modi della rappresentanza, di attenzione alle nuove forme di bisogno e ai soggetti tradizionalmente non rappresentati;
- ♦ gli *individui*, le *famiglie* e le *imprese* elaborino una cultura del rischio e della sussidiarietà sociale di tipo attivo e promozionale, abbandonando la «cultura del welfare dovuto», il garantismo e il corporativismo;
- ♦ lo *Stato* si predisponga a sgonfiarsi nel livello gestionale, a cedere il passo ad altri soggetti, e ad assumere un ruolo di coordinamento più forte in un assetto di servizi e di prestazioni articolato e pluralistico, dove il centralismo lasci il posto alla distinzione di ruoli e funzioni tra soggetti;

- ♦ si lavori seriamente a progetti di *welfare locale* e territoriale autogestiti dal basso, contro le logiche rigidamente piramidali e contro i conflitti interistituzionali, a forte impegno di rappresentanza, partecipazione e sussidiarietà e con *empowerment* di tutti i soggetti validi e attivi.

RPS

Tabella 11 - Aree di intervento secondo una concezione integrata del welfare

Energia	Agricoltura	Occupazione	Economia	Educazione	Politiche sociali	Politiche sanitarie
♦ automobili più lente, meno inquinanti e maggiori limiti di velocità; ♦ enfasi sui trasporti pubblici; ♦ minori fonti di energia basate su carbone e petrolio, maggiori controlli dell'inquinamento (spec. ossidi di nitrogeno e zolfo); ♦ ricorso a risorse energetiche più benévole verso l'ambiente e a maggiore intensità di occupazione.	♦ diete più leggere (meno carni e grassi, più vegetali e frutta); ♦ riduzione dei raccolti di tabacco e piante per la produzione di alcolici e sostituzione con piante più benefiche per la salute; ♦ pratiche agricole ecologiche (rotazione delle colture); ♦ produzione di cibo a livello locale, con minori esigenze di trasporto, conservazione e lavorazione dei prodotti.	♦ pieno impiego, con enfasi sui fattori sociali piuttosto che sui criteri di produttività economica; ♦ enfasi su tipi di lavoro significativi, rilevanti e soddisfacenti per chi li svolge; ♦ luoghi di lavoro più salubri.	♦ mezzi di produzione e consumo su piccola scala, a livello locale; ♦ incoraggiare la <i>self-reliance</i> locale, allo scopo di rafforzare i vincoli comunitari; ♦ minimizzare il consumo come obiettivo, costruendo una economia basata su prodotti durevoli, suscettibili di riparazione che sono a maggiore intensità di lavoro; ♦ proteggere la biosfera, il suolo e l'acqua dall'inquinamento; ♦ diminuire le disparità tra ricchi e poveri, migliorando lo status economico dei poveri.	♦ insegnare che il nostro stato di salute dipende da un corretto stile di vita, mostrando come realizzare una vita sana e come questo può contribuire al benessere personale e della comunità.	♦ incoraggiare le comunità locali, lo scambio e la <i>self-reliance</i>, creando strutture produttive a livello locale; ♦ facilitare reti sociali di sostegno, per soddisfare i bisogni dei membri della comunità; ♦ promuovere lo scambio tra le generazioni; ♦ promuovere senso di responsabilità, autostima e competenza in tutti i membri della comunità.	♦ <i>focus</i> sulla prevenzione, anziché sulla cura; ♦ insegnamento dei rudimenti di cura personale a tutti; ♦ sviluppo di programmi di cura a domicilio; ♦ diminuzione del ruolo dei medici e accrescimento di quello dei paramedici e delle nuove professioni (come aiuti sanitari a livello di comunità); ♦ sviluppo di centri sanitari a livello di comunità locali.

Fonte: Hancoch, 1982.

Buona gestione e appropriatezza delle prestazioni

Nicola Falcitelli

Il contributo vuole rispondere a due domande:

- 1) quale è il significato dei termini economicità, efficienza ed efficacia;
- 2) quali sono le ragioni per cui oggi si parla di appropriatezza.

Il significato dei termini è tratto dal *Vocabolario Treccani* che così si esprime:

- ♦ *economicità* vuol dire «conformazione e rispondenza all'economia nel senso di parsimonia e risparmio»;
- ♦ *efficienza* corrisponde alla «situazione di massima capacità produttiva, e cioè di costi minori possibili, in un complesso di produzione o di erogazione di beni e/o di servizi»;
- ♦ *efficacia* è «la capacità di produrre pienamente l'effetto voluto», è l'ottenimento stesso dell'effetto.

Non ci può essere gestione – e tanto meno buona gestione – e, cioè, non può esserci «amministrazione di beni e/o interessi per conto altrui», se non si opera tenendo presenti e applicando i principi di economicità, efficienza ed efficacia.

In campo sanitario, come in quello sociale, l'erogazione di una prestazione non può non tenere conto di tali concetti: la prestazione deve necessariamente tendere alla soddisfazione del bisogno e deve rispettare un equilibrio economico.

Oggi, questi concetti si unificano nel termine *appropriatezza*, che rappresenta un nuovo modo di dire, ancora sconosciuto nei dizionari italiani di divulgazione. Solo nel *Grande Dizionario italiano dell'uso* diretto da De Mauro si legge la parola, dal 1999, e ad essa viene attribuito il significato di «l'essere appropriato, adeguatezza».

Il termine, però, prima ancora che nel dizionario, è entrato nell'ordinamento internazionale e in quello italiano – specificamente nell'ordinamento sanitario – nel 1977. Nel Rapporto annuale sulla sanità della Fondazione Smith Kline, relativo all'anno 2004, il professor Balduzzi, in un apposito capitolo, illustra le origini dell'appropriatezza e ne spiega significato e caratteristiche.

In Europa, nel 1997, la Raccomandazione n. 17 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa «sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria», introduce tra

le componenti essenziali della qualità dell'assistenza sanitaria «l'appropriatezza delle cure».

Sempre nel 1977, la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina subordina l'interesse scientifico alla cura del benessere umano con l'obbligo imposto agli Stati di garantire l'accesso a cure di qualità «appropriata», nel rispetto di standard professionali adeguati.

Anche in Italia, nel 1997, con la legge 27 dicembre 1997, n. 449 (collegato alla Finanziaria per il 1998: «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica»), il termine «appropriatezza» fa ingresso nell'ordinamento sanitario italiano. Qui, all'art. 32, si pone, tra gli obblighi in capo alle Regioni, alle Aziende unità sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere, nel quadro della loro attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse, l'obbligo di specifiche azioni di monitoraggio delle attività ospedaliere sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, dell'accessibilità e del costo. A tal fine sono promossi interventi di formazione degli operatori regionali e locali dedicati all'attività di controllo esterno e l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri. Si prescrive, infine, alle Aziende unità sanitarie locali, nell'esercizio delle loro funzioni di indirizzo e coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, di supportare i sanitari «nell'individuazione di linee di intervento appropriato al fine di ottenere il miglior rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili» e di fornire indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale di percorsi diagnostici e terapeutici.

Dai documenti internazionali, come dalle disposizioni italiane, si ricava il convincimento che «appropriatezza» è un termine astratto, ma con sostanziali differenze nei due contesti. La concezione dell'appropriatezza che si ritrova nei due momenti internazionali è vista solo quale componente della qualità dell'assistenza sanitaria. Nell'ordinamento italiano, l'appropriatezza presenta da subito due caratteristiche che non perderà negli anni a venire: essa è, innanzi tutto, una integrazione e specificazione della qualità (e non componente) cui si lega la cosiddetta appropriatezza professionale (o clinica). In secondo luogo, è anche appropriatezza organizzativa, ossia appropriatezza della prestazione in quanto tale e delle modalità con le quali è resa nel contesto strutturale e organizzativo in cui è inserita.

Il significato più proprio dell'appropriatezza può sintetizzarsi nelle seguenti definizioni:

- ♦ ricerca della maniera migliore di agire per il bene del cittadino;

- ♦ capacità di fare bene e non produrre danni;
- ♦ strumento per garantire l'erogazione di prestazioni utili, in modo efficiente, nel regime assistenziale più consono, evitando duplicazioni e ridondanze;
- ♦ strumento per utilizzare al meglio le risorse economiche al fine di realizzare i migliori risultati in termini di benessere dei cittadini.

Questi apparenti diversi significati di appropriatezza hanno comunque in comune due aspetti o due dimensioni del problema:

- ♦ la soddisfazione del bisogno;
- ♦ il rispetto di un equilibrio economico.

In estrema sintesi, l'appropriatezza coniuga efficienza ed efficacia; si delinea, cioè, come una caratteristica degli interventi capace di integrare economicità, efficienza ed efficacia.

C'è, però, qualcosa di nascosto che traspare appena da questa analisi. Ci sono due rischi che sottendono all'utilizzo del concetto di appropriatezza.

Il primo rischio è rappresentato dall'uso eccessivo del termine. L'appropriatezza è di moda, tanto che, dopo il 1997, i vari provvedimenti legislativi o normativi in materia sanitaria richiamano spesso il concetto di appropriatezza. Alcune volte si trova addirittura il termine usato in maniera non appropriata: valga, ad esempio, il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (sulla disciplina dei rapporti tra Ssn e Università) dove, tra i criteri per il trattamento economico del personale universitario che svolge attività assistenziale, si citano i parametri di «efficienza, appropriatezza ed efficacia». Il termine appropriatezza in questi casi viene banalizzato.

Ben più nascosto e più insidioso è l'altro rischio: quello che tiene in considerazione solo la posizione di chi attua il singolo intervento o eroga la singola prestazione per evitare un uso eccessivo di risorse. Non si guarda al di là del proprio operato e, soprattutto, non si tiene conto delle reali esigenze della persona. Qui si evidenzia non tanto l'uso eccessivo del concetto di appropriatezza, quanto il cattivo utilizzo dello strumento.

Per evitare questo rischio, l'attenzione delle politiche sanitaria e sociale va orientata alla consapevolezza che non basta produrre a minor costo per erogare buone prestazioni, ma che è anche – e soprattutto – necessario tenere conto delle preferenze, delle istanze e dei valori del soggetto/paziente/assistito.

Ad esempio, in campo sanitario, il professionista della sanità non deve soltanto mediare tra malattia e cura in termini di costo delle presta-

zioni erogate, ma deve essere a conoscenza del valore intrinseco del paziente al quale è destinato l'intervento e di ciò che ha a disposizione per identificare e perseguire il meglio.

In sintesi, perché l'idea di appropriatezza possa avere successo è necessario che ogni suo atto sia:

- ♦ attento alla qualità assistenziale, alla minimizzazione del rischio e alle preferenze dell'assistito;
- ♦ orientato ai vantaggi complessivi per la popolazione;
- ♦ interessato ai riflessi sull'efficienza e sull'economicità, nonché al costo-opportunità degli interventi inappropriati.

Il raggiungimento dell'appropriatezza richiede un processo progressivo che può sempre migliorare. Il livello odierno è largamente migliorabile e occorre pertanto un intenso lavoro di squadra per ridurre gli aspetti del sistema che sono più evidentemente inappropriati. Questo vale in campo sanitario, ma vale ancora di più nel campo dei servizi sociali che, riflettendo anche a questo livello gli effetti della sua storica residualità rispetto al sistema sanitario, continua ad essere percorso dalla confusione tra obbligo di garantire la fruizione di diritti e la possibilità reale di fornire, soprattutto ai soggetti più fragili, protezione sociale attraverso interventi di tutela che sono necessariamente condizionati dai limiti delle risorse disponibili.

Finora, comunque, in entrambi i settori, l'attuazione dell'appropriatezza è stata a lungo inibita dal ruolo negativo svolto da alcuni elementi:

- ♦ la frammentazione della titolarità tra i vari livelli istituzionali (Stato, Regioni, enti locali) e le specifiche modalità del loro esercizio;
- ♦ la separazione tra il sistema sanitario a titolarità delle Aziende unità sanitarie locali e il sistema socio-assistenziale a titolarità comunale.

Questa situazione è caratterizzata, ovviamente, più da conflitti, sovrapposizioni e diseconomie (elementi assenti nel concetto di appropriatezza) che da organicità, sinergia e integrazione (proprie dell'appropriatezza).

È ora di riconoscere l'importanza dell'appropriatezza che, peraltro, non deve essere solamente un punto di arrivo, ma anche e soprattutto un modo di pensare e agire nel lavoro quotidiano.

L'appropriatezza è la prossima frontiera per i sistemi sanitario e sociale.

L'applicazione dei principi della buona gestione in sanità. Ruolo delle aziende e centralità dei sistemi locali

Angelo Tanese

1. Premessa

I percorsi di integrazione delle politiche di welfare, così come il governo dei processi di cambiamento del nostro sistema sociosanitario sono spesso affrontati e analizzati assumendo la prospettiva del *policy maker*. Esigenza che risponde, nel nostro paese, ad un deficit di implementazione e di valutazione delle politiche pubbliche e, prima ancora alla necessità di un approccio più pragmatico alla realizzazione delle riforme nei diversi ambiti di intervento pubblico.

Questa prospettiva si rende indispensabile nel settore sanitario, in particolare, dove l'eterno dibattito sul rapporto pubblico-privato, sui costi del Servizio sanitario nazionale, o sull'inadeguatezza dei nostri sistemi di offerta rispetto a bisogni e ad una domanda di salute in continua evoluzione, quasi inevitabilmente conducono a grandi messe in discussione degli interventi di riforma condotti a partire dalla legge 833/1978, senza che vi sia un'attenta valutazione dell'impatto e delle reali ricadute generate da tali interventi.

Allo stesso modo, se dal livello delle politiche passiamo a quello della gestione dei servizi, spostando ulteriormente il *focus* al livello più strettamente aziendale, sono assai recenti i tentativi di osservare il sistema dall'interno che cercano di ricostruire dal basso lo stato di attuazione dei principi della buona gestione in sanità¹.

È sorprendente il *gap* esistente tra la rilevanza assunta dalle aziende sanitarie locali e ospedaliere nel miglioramento dei servizi, della qualità dell'assistenza, dei processi gestionali, e il poco spazio che nel dibattito sui percorsi di riforma viene dedicato a questo livello.

Il mio intervento cercherà pertanto di apportare qualche piccolo con-

¹ Si vedano in particolare i rapporti Oasi (Osservatorio sul processo di aziendalizzazione della sanità in Italia) realizzato annualmente a partire dal 2000 dal Cergas-Università Bocconi, e il Rapporto Ceis-Sanità realizzato annualmente (dal 2003) dalla Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata.

tributo alla riflessione sui percorsi di sviluppo dei nostri sistemi socio-sanitari locali senza partire da logiche o analisi di sistema, ma mettendo in risalto alcune evidenze empiriche e lo stato dell'arte di una riflessione che, solo recentemente, analizza vantaggi e limiti del cosiddetto processo di aziendalizzazione. Il punto di vista delle aziende, quindi, e in particolare di coloro che sono chiamati a dirigere e governarle.

2. L'autonomia delle aziende sanitarie e sistemi locali

Per entrare subito nel merito, con riferimento specifico alla realtà del Lazio, è bene partire da un dato che occupa spesso i titoli dei giornali in questo periodo, vale a dire l'esistenza di un disavanzo strutturale di diverse centinaia di milioni di euro e un debito accertato di circa dieci miliardi.

Sono sufficienti questi dati, credo, per obbligarci ad impostare ogni riflessione sulle prospettive e sul cambiamento del sistema sociosanitario chiedendoci innanzitutto chi e come deve affrontare questa criticità economica (che oramai è anche e soprattutto finanziaria). Ogni processo di risanamento economico e gestionale, nel settore pubblico così come nel privato, non si realizza certo per decreto o con misure straordinarie di carattere finanziario, ma richiede un profondo ripensamento dei sistemi di governance e di gestione delle aziende, ai diversi livelli di governo. Chiama in causa, in altri termini, chi riveste ruoli di responsabilità e ha il potere di introdurre correttivi e drastici processi di cambiamento, che richiedono almeno una prospettiva di medio periodo.

E il livello al quale oggi occorre guardare, più che mai, deve essere a mio avviso quello dei sistemi sanitari locali, e delle aziende sanitarie che rivestono un ruolo centrale nella struttura di domanda e offerta dei servizi. È a questo livello che quotidianamente molteplici soggetti si confrontano con problemi relativi all'erogazione dei servizi, con le criticità della gestione delle risorse (personale, acquisti di beni e servizi, tecnologie), con la capacità di costruire reti con gli altri attori locali, di generare comportamenti appropriati da parte dei cittadini, dei medici di base, delle strutture sanitarie; in una parola, di occuparsi di processi produttivi e di processi di consumo delle risorse.

Se si adotta la prospettiva delle aziende, ci si rende conto che la realtà non è affatto quella di venti anni fa, e che a nulla serve equiparare le

aziende sanitarie agli stereotipi di una pubblica amministrazione inefficiente, riconducendo il dibattito ad una denuncia generalizzata di sprechi e assenza di capacità manageriale; non perché non vi siano situazioni che presentano criticità di questo genere, ma perché la realtà delle aziende sanitarie è stata, nell'ambito del vasto settore pubblico, una delle più interessate da profondi e incisivi cambiamenti. In particolare, i concetti di efficienza e di efficacia, di qualità dei servizi e di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, a mio avviso, non sono più vuota retorica, buoni principi, ma un riferimento generalizzato nella pratica delle aziende.

Dobbiamo prendere atto, in altri termini, del fatto che a partire dalla seconda metà degli anni novanta nel nostro paese c'è stato un salto di qualità o, quantomeno, un tentativo di cambiamento istituzionale forte con l'obiettivo di introdurre un diverso approccio alla gestione della spesa e dei servizi sanitari. Il cosiddetto processo di aziendalizzazione, che poi in realtà non ha riguardato solo la sanità, ma ha introdotto importanti cambiamenti anche negli enti locali e nel settore non-profit, è stata una vera ondata di cultura e di pratica manageriale. È su questo aspetto che, a mio avviso, si rischia troppo spesso, come si dice, di gettare via il bambino con l'acqua sporca; si liquida in termini ideologici, con preconcetti, il fallimento della riforma, senza che si sia realmente valutato quello che è successo. Vorrei porre nuovamente al centro la questione. Personalmente ritengo che l'orientamento all'efficienza e all'efficacia sono state almeno nell'ultimo decennio un riferimento vero per l'azione di coloro che sono stati chiamati a gestire le neo-istituite aziende sanitarie.

Chi opera all'interno di una azienda sanitaria, o di un Comune, sa che, indipendentemente dalle valutazioni di impatto, negli ultimi anni, a fronte di una pressione fortissima sulle risorse, di una domanda crescente di qualità dei servizi, si sono sviluppate capacità di offerta con modalità affatto diverse rispetto al passato.

È oramai consolidata all'interno di molte istituzioni pubbliche, così come in imprese private, anche del terzo settore, la diffusione di strumenti di programmazione, di gestione e di controllo della gestione, tecniche e strumenti di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi, così come, anche se in misura minore, nuovi strumenti di amministrazione del personale. Nel non-profit, ad esempio, è evidente l'attenzione negli ultimi anni alla ricerca di una specifica cultura manageriale, che molto spesso si traduce in una capacità di *found raising*, cioè di reperimento di risorse; ma è anche un tentativo di operare un salto

nelle capacità di gestione di tali risorse, perché laddove sono scarse e alta è la competitività, nasce inevitabilmente l'esigenza di fare le cose in maniera più efficiente e più competitiva, cioè di farle meglio.

Io credo che noi oggi non possiamo rimettere in discussione questo percorso. Siccome nel dibattito, anche recente, si insidia, a mio modo di vedere, una certa confusione tra la necessità di riporre al centro l'efficacia e la qualità e una rimessa in discussione dell'importanza di una gestione manageriale, penso si debba affermare un principio. La razionalizzazione dei costi non va confusa con l'economicismo, non vi può essere alcuna perdita di senso o di identità dell'attività pubblica dietro una spinta all'aziendalizzazione.

Peraltro sono stato molto confortato, tempo fa, da un intervento del ministro Turco ad un convegno organizzato dalla Fiaso², nel quale si esprimeva chiaramente la convinzione che non si possa oggi rimettere in discussione il fatto che ci sia stato un processo di aziendalizzazione nel settore pubblico.

Tornando al punto di partenza, dovremmo forse chiederci cosa sarebbe successo nella Regione Lazio in termini di disavanzo e di debito se non ci fossero state le aziende sanitarie. Personalmente ritengo che oggi non avremmo nemmeno la consapevolezza di questo disavanzo, non avremmo una strategia possibile per governarlo, saremmo totalmente in balia di un crac finanziario, di un evidente fallimento di questo sistema.

Dal momento che è inutile porre questioni ipotetiche ma occorre affrontare il presente, ritengo che la strategia di risanamento vada affrontata proprio a partire dalla esistenza di un certo numero di aziende sanitarie, che fanno capo ad una *holding* regionale, che insieme devono assumere la responsabilità del governo ed esprimere nuove capacità di gestione.

Così, anche quando parliamo, ad esempio, di capacità di integrazione sociosanitaria, dal mio punto di vista parliamo della capacità che hanno soggetti pubblici e soggetti privati che operano in un dato territorio, in un dato momento, di mettere insieme delle risorse. Nell'intervento di Taroni si faceva riferimento all'idea del *pool* di risorse di distretto, come modalità organizzativa per dare risposte corrette ad una collettività di riferimento. Questo oggi è un problema chiave: quanto i

² La Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, che ha organizzato un convegno dal titolo «La sanità come risorsa del Paese, le Aziende risorsa della sanità» il 21 novembre 2006.

diversi soggetti localmente presenti (aziende sanitarie, enti locali, aziende ospedaliere, Regione, medici di base, strutture private, farmacie) sono capaci di elaborare scelte per dare risposte ad una comunità di riferimento utilizzando risorse scarse e in buona parte comuni?

Non credo che sia possibile rafforzare a livello locale questa capacità di scelta senza garantire anche un adeguato livello di autonomia, ad esempio nei Comuni, così come nelle aziende sanitarie. L'aziendalizzazione, credo, abbia creato il presupposto, in questi anni, per un'assunzione di responsabilità per la formulazione di scelte e l'implementazione di programmi e progetti a livello locale. Non c'è possibilità di integrazione nei servizi a livello locale se non attraverso dei soggetti che si assumono la responsabilità di governare organizzazioni e sistemi che sono comunque particolarmente complessi, o fenomeni, come quello dell'invecchiamento della popolazione o dell'aumento della domanda di salute, che pongono quotidianamente la necessità di operare scelte concrete di gestione.

È insomma a livello locale che si consuma oggi la capacità o l'incapacità di governare questi processi, di produrre efficienza, di produrre qualità e di produrre appropriatezza nei servizi sociosanitari. Il livello locale è sempre più centrale nell'attuazione di politiche di riforma che devono essere formulate a livello centrale. Il nostro obiettivo deve essere quello di leggere e di rafforzare all'interno delle istituzioni locali la loro capacità di governo delle risorse comuni. Una strada difficile, ma l'unica praticabile per un cambiamento reale e duraturo.

3. Limiti e criticità delle capacità di governance locale

Se questa è la prospettiva che a mio avviso occorre perseguire, è necessario precisare che si frappongono alcuni importanti limiti, anche di tipo strutturale, ad una reale capacità di governo dal basso del sistema.

Il primo è endogeno al processo stesso di aziendalizzazione, e riguarda una lettura un po' rigida e tecnocratica, per così dire, della gestione, del management, dell'economia. Molti direttori generali che negli ultimi dieci anni hanno cercato di attuare ciò che veniva chiesto a livello nazionale e regionale, come ad esempio la chiusura di piccoli ospedali, sono persone che oggi esercitano un altro mestiere; hanno rinunciato dopo essersi scontrati con le difficoltà del contesto, o addirittura sono stati rimossi, solo perché (e proprio perché) hanno, in qualche modo, cercato di interpretare una missione che gli era stata data.

La questione (gli esempi sono tanti e in tutte le regioni) non è capire «chi ha sbagliato», chi ha fatto bene o chi ha fatto male: occorre rendersi conto che il manager di un'azienda sanitaria non può essere un tecnocrate che deve unicamente far quadrare i conti, ma è qualcuno che deve avere una grande capacità di mediazione, di leggere il sistema di relazioni in cui opera ed entrarvi. Quindi se noi ci limitiamo a leggere un bilancio e, sulla base di quel bilancio, a prendere decisioni, siamo su una strada sbagliata perché, a distanza di cinque, dieci anni, ci troviamo a dover affrontare questioni e assumere scelte che non si è stati capaci di risolvere prima per una visione troppo ristretta del proprio mandato. È come nel caso di alcuni di quei famosi ospedali che, dieci anni fa, dovevano essere chiusi in quanto con una dotazione inferiore ai centoventi posti letto: in prima battuta, come soluzione immediata al problema, si è deciso di portare a centoventi i posti letto anziché cercare di riconvertire i novanta esistenti ad altri usi o chiudere dei reparti.

Se analizziamo un po' più a fondo la questione, ci rendiamo conto che gestire con efficienza un'azienda sanitaria significa comunque operare all'interno di un sistema pubblico, e pubblico/privato, in cui gli interessi degli attori sono molto forti e spesso divergenti. Il bilancio della sanità nel bilancio di una Regione occupa mediamente il 70% delle spese. Questo significa che, se noi continuiamo a guardare al fenomeno unicamente in termini di costi, ci troviamo dinanzi ad un grossissimo peso per la collettività; ma se lo leggiamo in termini di investimento, dobbiamo tenere presente che le aziende sanitarie sono i principali motori, in alcuni casi, dell'occupazione e dell'economia a livello locale, generano un indotto potentissimo di servizi e di beni che vengono acquistati, hanno una capacità di incidere sulla qualità della vita e la qualità dello sviluppo economico locale in maniera determinante, e questo soprattutto a livello provinciale piuttosto che a livello di una grande area metropolitana come quella di Roma, dove insistono anche molti altri fenomeni.

L'entità delle risorse per la sanità è talmente rilevante che non possiamo fare delle mere operazioni contabili per gestire delle aziende così complesse, ma dobbiamo tenere a mente che quelle risorse richiedono delle scelte, delle assunzioni di responsabilità.

Una prima condizione per lo sviluppo è quindi quella di ripensare la «formula istituzionale», chiamiamola così, dell'azienda pubblica, tenendo ben presente che una singola azienda da sola non governa molto, e può prendere decisioni solo attraverso un forte coinvolgi-

mento di altri soggetti (in particolare degli enti locali); non è più capace di attuare i propri interventi se non attraverso un'esternalizzazione di alcune funzioni o attraverso la costruzione di reti integrate con altri soggetti privati. Questo nodo di relazioni richiede una capacità di dare nuova e più forte identità all'azienda sanitaria e di trovare nuovi approcci al management sanitario.

Se, dunque, il primo limite – come dicevo – è quello di un approccio tecnocratico alla gestione, l'altro è quello di un approccio fideistico nel mercato. Ho sentito più volte ripetere qui, in questa sede, che le privatizzazioni finì a sé stesse o la fiducia incondizionata nel mercato sono oramai posizioni superate. Nella letteratura probabilmente sì, questo è vero, ma nel dibattito politico, nel dibattito quotidiano non lo sono affatto. Viene messa in discussione la legittimazione del servizio pubblico semplicemente dietro il presupposto puramente teorico che il privato sia più efficiente. Al di là della prova evidente che questo non avviene (non entro in questa discussione), si tratta evidentemente di un dibattito mal posto, dal momento che la maggior parte dei servizi e delle politiche di cui parliamo, soprattutto in ambito sociosanitario, richiedono una forte capacità di integrazione pubblico/privato e non possono mai far venire meno la necessità di un forte governo pubblico. Se noi ci affidiamo alla logica, che costantemente ritorna nel dibattito politico, secondo la quale il cittadino, potendo scegliere, nell'ambito sociale, sanitario, dell'istruzione, avendo un suo *budget* di spesa, sicuramente orienterà i comportamenti del mercato nella maniera più efficiente (come – ripeto – si continua spesso a sostenere), siamo a mio avviso su una strada totalmente fuorviante.

Il percorso per la ricerca dell'efficienza, a mio avviso, non è quello di mettere tutti in competizione con tutti. Nella Asl in cui lavoro sarebbe una follia pensare che l'ospedale Santo Spirito debba essere concorrente dell'ospedale San Giacomo, che è a cinquecento metri, o dell'Azienda ospedaliera San Filippo Neri, in quanto altra azienda presente sul territorio, o concorrente della singola casa di cura privata. La realtà è che c'è una sovrabbondanza di offerta rispetto ad alcune domande di assistenza e una totale carenza di offerta rispetto ad altre; l'unica possibilità che abbiamo è di mettere insieme chi, da una parte, deve programmare questo livello di offerta e, dall'altra parte, chi la deve gestire in maniera responsabile. È evidente che in questo discorso diventa fuorviante anche ritenere che i dieci miliardi di debito del sistema sanitario laziale – sempre per rimanere nell'esempio, ma vale per la spesa sanitaria in generale – sono unicamente un problema a carico

del servizio pubblico, mentre il privato può tranquillamente aumentare la propria redditività. Se il privato, che molti sbandierano come più efficiente, si occupa di aumentare la redditività a scapito del fondo sanitario pubblico, dov'è l'efficienza del sistema? Dove sono i famosi sprechi del pubblico? Certo, sulle procedure di acquisto di beni e servizi, dove si cerca di razionalizzare, ci sono margini di risparmio importanti; ma il vero margine di recupero di efficienza e di qualità del sistema non è lì o nel sovradimensionamento di personale. No, il deficit di efficienza è nel sistema di offerta pubblico/privata che non è assolutamente rispondente a quelli che sono i bisogni, con il «piccolo» problema che i costi di questa inefficienza sono quasi tutti a carico del servizio pubblico, che ha il problema del risanamento.

Quindi parlare di efficienza significa anche cominciare a mettere a fuoco – credo – una cosa: nessuna azienda, pubblica o privata, è oggi in grado di affrontare da sola il proprio ruolo nell'ambito di un sistema locale di offerta sociosanitaria, ma deve essere inserita in una rete. Occorre uscire fuori dall'idea che l'efficienza si consegue solo quando ogni singolo soggetto pareggia i propri conti di bilancio. Bisogna uscire fuori da una visione un po' atomistica e pensare ad una visione di rete che utilizza delle risorse comuni.

Una terza riflessione che vorrei proporre riguarda il dibattito tra politica e management, che ritengo cruciale; il buongoverno, oggi, richiede sia una buona capacità della politica che una buona capacità di management, ossia di gestione dei servizi e delle singole aziende. Questi due livelli sono strettamente connessi: pensare che la rete di integrazione sociosanitaria sia un problema puramente tecnico è fuorviante, ma anche pensare che riguardi unicamente il dialogo tra politici che si incontrano intorno a un tavolo è altrettanto fuorviante. Abbiamo bisogno di buona politica, abbiamo bisogno di buona capacità di gestione. E abbiamo bisogno, credo, di una capacità, anche da parte dei cittadini, di valutare sia l'una che l'altra perché oggi nel nostro paese gli strumenti di valutazione della buona politica e dei buoni risultati, di buone *performance* nella gestione dei servizi pubblici e privati è molto carente. Questo deficit di misurazione e di valutazione è un problema importante perché nella pratica molto spesso nessuno deve rendere conto a nessuno. Noi passiamo di legislatura in legislatura scaricando sugli altri che ci hanno preceduto il peso del «buco» finanziario, ma chi paga? Chi possiede gli strumenti per poter dire se è vero o non è vero?

Ogni anno il nostro paese si impantana sulla retorica della Legge finanziaria. Se scendiamo a livello locale, troviamo spesso un dibattito

permanente sull'operato delle istituzioni in cui, da una parte, chi governa dichiara: «Stiamo cercando di risolvere tutti i problemi», mentre dall'altra parte l'opposizione dice: «Non si sta facendo nulla».

Ecco, non si può continuare a vivere in questa opacità, in questa assoluta mancanza di trasparenza dove si parla di efficienza, di efficacia e di qualità ma gli strumenti, attraverso i quali la si valuta, la si conosce, attraverso cui ci si dà degli obiettivi e si rende conto ai cittadini di quanto è stato fatto, sono estremamente deboli. Il risultato è che si fanno soltanto molti discorsi, si fa cattiva politica, si fa anche molta demagogia o manipolazione delle informazioni.

4. Alcune proposte per un cambiamento responsabile

Per concludere, ritengo si possa affermare che ci sia stata in questi ultimi anni una capacità di miglioramento della risposta ai bisogni dei cittadini a livello locale. Personalmente, ho seguito il tema dell'innovazione nell'amministrazione pubblica negli ultimi quindici anni, sia attraverso un'attività di ricerca, che in diversi ruoli all'interno delle istituzioni. Credo che un cambiamento molto forte sia stato intrapreso, però oggi è necessario un salto di qualità. Voglio richiamare solo alcuni elementi di un possibile programma di rinnovamento dei sistemi di welfare.

Davanti a questa crisi di risorse, occorre effettivamente mettere in piedi dei sistemi di controllo molto forti. Non ci si può illudere che con la bacchetta magica qualcuno risanerà questi conti o che il momento della verità sarà sempre rimandato. Il nostro paese si sta progressivamente impoverendo. Non vorrei drammatizzare o prospettare situazioni da paesi latino-americani, però siamo vicini ad una situazione di crisi irreversibile. Penso sia necessario elaborare dei meccanismi, dei sistemi di controllo dell'efficienza, del rendimento e delle *performance* delle nostre aziende pubbliche e private che si rivelino più appropriati.

Altro aspetto: il rapporto pubblico-privato. Occorre innanzitutto specificare che esiste un settore privato che vive all'interno di rapporti fortemente privilegiati con il pubblico. È stato affermato con molta esattezza: esistono tanti tipi di privato, con capacità diverse di competizione e di concorrenza. Occorre inserire il privato dentro un sistema di corresponsabilità uscendo fuori da una visione unicamente di competizione. Non credo ci sia bisogno di una trasmissione televisiva co-

me *Report* per scoprire che le aziende sanitarie si avvalgono della collaborazione di cooperative perché non hanno la possibilità di fare concorsi, perché in alcuni casi non hanno sufficiente personale qualificato. Il problema è capire in che modo si vuole, ad un certo punto, gestire questa carenza, sapendo benissimo che il servizio pubblico da solo non riuscirà a fare tutto, che avrà bisogno di esternalizzare funzioni e stabilire rapporti di scambio permanente con il privato. Non possiamo gridare allo scandalo se ci sono rapporti stretti tra pubblico e privato, ma è la qualità di questa relazione che è importante, la qualità del meccanismo selettivo adottato nel processo di esternalizzazione, la qualità del rispetto delle regole.

Un nodo critico rimane quello della classe dirigente nel nostro paese. Anche qui strumenti selettivi e di valutazione sono molto deboli. La qualità dell'integrazione sociosanitaria, la capacità di innovazione passano attraverso le persone, attraverso chi dirige i servizi e coloro che sono portatori di novità. Negli ultimi anni ho lavorato e coordinato un programma del Dipartimento della Funzione pubblica che si chiama «Programma cantieri per l'innovazione». Mi sono confrontato con decine di dipendenti pubblici, dirigenti e non, che in questi anni hanno realizzato servizi fortemente innovativi. Casi in cui si misura e si migliora la qualità percepita dai cittadini, casi in cui c'è un forte orientamento al servizio, ma questo in virtù della qualità di quelle persone che sono state messe a dirigere quei servizi. Senza questa capacità di selezione di una nuova classe dirigente e di un livello anche intermedio di dirigenti, mi sembra molto difficile questo percorso o difficilmente sostenibile una situazione di crisi nella quale, in alcuni territori, si versa.

Vorrei concludere con un tema che mi sembra comunque centrale all'interno di questo dibattito, che è quello appunto della corresponsabilità e della rendicontazione. Ho avuto il piacere di dirigere lo scorso anno un gruppo di lavoro che ha definito le «Linee guida per il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche», poi allegate ad una specifica direttiva del ministro della Funzione pubblica. Oggi si parla di bilancio sociale, ci sono tanti convegni e dibattiti sul tema della rendicontazione sociale. Come al solito, c'è il rischio da una parte di banalizzare il tema e, dall'altra, di standardizzare lo strumento; quindi occorre trattare l'argomento con una certa capacità critica. Tuttavia la questione che c'è dietro, il problema che pone l'esigenza di trovare forme nuove di rendicontazione, è rilevante ed è importantissima. Noi che operiamo all'interno delle amministrazioni pubbliche dobbiamo

rendere conto non soltanto dei numeri ma anche della qualità di ciò che si produce.

Se, come abbiamo detto, vi è una centralità del livello locale, una domanda molto forte di partecipazione e di coinvolgimento da parte dei cittadini, sempre più competenti e sempre più interessati a partecipare alle decisioni (basti pensare alle tante forme oggi di partecipazione alle decisioni, come i Patti per la salute, i Piani partecipati sviluppati in alcune regioni), dall'altra parte abbiamo bisogno anche di una forte corresponsabilità di tutti questi soggetti con una piena assunzione del proprio ruolo.

Qualità non può significare soltanto la verifica della qualità dei servizi o dell'appropriatezza perché, se si va ad indagare, si vedrà che l'inappropriatezza in sanità è legata ad una «inappropriatezza organizzativa», la non qualità dei servizi è legata alla non qualità dell'organizzazione e delle persone, l'inefficienza economica è legata all'inefficienza dei meccanismi selettivi del personale, dei meccanismi di gara, dei meccanismi attraverso i quali il pubblico si rivolge al privato.

Quindi, in conclusione, proporrei di guardare sempre più dentro questi sistemi di relazioni locali, di ripartire da lì; mentre ritengo che la politica dovrebbe uscire fuori da un tentativo permanente di legislazione e di riforma della riforma della riforma, cambiando gli assetti istituzionali.

Se ripartiamo dal basso, ci accorgiamo che la figura del management e della dirigenza pubblica connota la qualità e l'evoluzione del nostro sistema sanitario. Un manager pubblico, ha una responsabilità sociale molto forte, ed è spesso l'anello fondamentale di una catena che traduce le politiche e gli indirizzi di programmazione in scelte di gestione. Riconoscere e valorizzare questo ruolo, enfatizzare e valutare questa responsabilità mi sembra un passaggio fondamentale per far emergere nuove capacità di innovazione e garantire dal basso l'integrazione dei servizi e la sana gestione delle risorse.

Mercato del lavoro e professionalizzazione del sistema socio-sanitario in Italia

Carlo De Pietro

RPS

1. Premessa

Il contributo presenta e discute alcuni tratti caratteristici del lavoro sociale e sanitario in Italia, per meglio capire alcune sfide che il sistema socio-sanitario si trova ad affrontare oggi e, ancor più, si troverà ad affrontare nel prossimo futuro.

Per trattare in modo sintetico tale tema, si propone di partire da due fenomeni centrali dell'evoluzione del mercato del lavoro in campo sociale e sanitario nel nostro paese. Il primo fenomeno, relativo al campo sociale, è quello delle «badanti» e cioè del lavoro privato di cura prestato per gran parte da donne immigrate ad anziani non autosufficienti e a disabili.

Il secondo fenomeno, che riguarda il campo sanitario, è quello dell'accelerazione sperimentata dal processo di professionalizzazione negli ultimi dieci anni. Tali due fenomeni ci permetteranno di discutere di mercato del lavoro, regolamentazione professionale e contenuti della professionalità.

L'integrazione socio-sanitaria vede, infatti, convergere operatori e competenze appartenenti a due contesti lavorativi diversi. Da una parte, c'è il lavoro sanitario organizzato in professioni, che rappresenta certamente un soggetto forte che negli ultimi anni ha ottenuto importanti miglioramenti nel suo status complessivo e nelle condizioni contrattuali d'impiego. Dall'altra parte c'è il lavoro sociale, assai meno riconoscibile – e riconosciuto – di quello sanitario, diluito nel lavoro e nelle attività degli enti locali e almeno in parte «minacciato» dalle risposte che le famiglie si sono autonomamente date, in primo luogo grazie al ricorso alle badanti.

Questo rapporto tra un soggetto più debole (il sociale) e uno più forte (il sanitario) porta spesso a difficoltà organizzative di coordinamento intersettoriale e interprofessionale. Inoltre, esso può portare a una sensazione di mancato riconoscimento e quindi di insoddisfazione per gli operatori del sociale, che si sentono sminuiti rispetto ai loro colleghi inquadrati nel contratto sanità.

In prospettiva, tale asimmetria può portare ad almeno due conseguenze.

Da un lato, il soggetto forte può cercare di «colonizzare» il territorio socio-sanitario per quanto gli è potenzialmente utile in termini di mercato. In altre parole, alcune professioni sanitarie possono sfruttare il proprio status professionale per rivendicare attività e spazi per sé, facendo valere la professionalità del loro lavoro e, se necessario, il monopolio legale su alcune attività. Tale esercizio d'altra parte è facilitato dal fatto che, in campo sanitario, sono le professioni stesse a definire i bisogni assistenziali dei pazienti/utenti e quindi a definire la domanda per i servizi da esse offerti.

Dall'altro lato, gli operatori del sociale potrebbero essere tentati di procedere lungo lo stesso processo di professionalizzazione già sperimentato con successo dalle professioni sanitarie, per ottenere i loro stessi risultati.

I paragrafi che seguono discutono alcune prospettive aperte da tali tendenze, ma anche alcuni problemi collegati all'eventuale maggiore professionalizzazione del sistema socio-sanitario, che è possibile anticipare rifacendoci all'esperienza maturata dal settore sanitario. A tal fine, è utile chiarire fin d'ora che col termine professionalizzazione non intenderemo genericamente l'aumento della qualità o della funzionalità di tale settore, quanto più specificamente il processo grazie al quale un gruppo sociale cerca di migliorare il proprio status sociale e le proprie condizioni di lavoro¹.

2. Due fenomeni recenti da cui partire

Se si guarda alla recente evoluzione del mercato del lavoro in sanità e nel settore sociale, è possibile identificare due principali fenomeni di cui è necessario tenere conto per provare a commentare le possibili evoluzioni future del lavoro socio-sanitario.

In campo sanitario, il mercato del lavoro è stato caratterizzato da un'accelerazione del processo di professionalizzazione. In campo sociale, tale mercato è stato caratterizzato dall'imponente afflusso di immigrati impegnati nel lavoro privato di cura.

In qualche modo si tratta di due «risposte» speculari.

¹ Per una trattazione del processo di professionalizzazione in sanità in Italia, cfr. Tousijn (2000).

Da una parte, infatti, troviamo la risposta istituzionale e formale, che rafforza i gradi di regolamentazione del mercato del lavoro fino a far parlare di «mercati chiusi» (Paradeise, 1998), basati su monopoli legali sull'esercizio di determinate attività e con una forte enfasi sulla codificazione e la certificazione delle competenze tecniche.

Dall'altra parte, troviamo la risposta delle badanti, privata e informale, che permette alle famiglie di soddisfare bisogni in profonda evoluzione a seguito delle trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi decenni (in primo luogo invecchiamento della popolazione, entrata delle donne nel mercato del lavoro, minore incidenza delle famiglie estese e prevalere delle famiglie di tipo nucleare). Proprio quando tali trasformazioni stavano facendo emergere la necessità di una soluzione istituzionale per la gestione della cronicità a domicilio, l'arrivo delle badanti e la loro disponibilità sul mercato del lavoro hanno di fatto permesso che il lavoro di cura informale prima prestato dai familiari venisse sostituito da un'altra specie di lavoro informale, questa volta acquistato sul mercato, ma pur sempre non regolare (o comunque a debole regolamentazione).

2.1 *La professionalizzazione del sanitario*

Il sistema sanitario costituisce uno dei settori economici più professionalizzati delle moderne economie di mercato. Le sue attività caratteristiche sono affidate a professioni codificate, i cui appartenenti sono riconosciuti quali «professionisti» dalla normativa, godono di monopoli legali sull'esercizio delle proprie attività e generalmente sono iscritti ad appositi albi tenuti da ordini o collegi, cioè enti di diritto pubblico responsabili di garantire la qualità delle competenze tecnico-professionali e comportamenti appropriati da parte dei propri membri².

² Probabilmente il settore altrettanto professionalizzato è quello legale-giudiziario, in cui operano avvocati, notai e magistrati (è certamente possibile considerare questi ultimi come appartenenti ad una professione, sebbene con importanti differenze da quanto previsto per le altre professioni basate su ordini e collegi). Ma in quel settore la numerosità delle professioni si riduce fondamentalmente a tre, i loro rispettivi ruoli sono chiari e le attività non sono quasi mai svolte in comune. Tutto ciò rende difficile il paragone con quanto succede invece in campo sanitario, dove molte professioni sono chiamate a lavorare su processi di cura e assistenziali comuni, pur «nelle rispettive competenze».

Per cogliere la natura eccezionale del settore sanitario in tal senso valgono i seguenti dati. Nel 2002 i professionisti iscritti a ordini e collegi in Italia erano circa 1,7 milioni. Al primo posto per numerosità risultavano i medici (338.000) e al secondo posto gli infermieri (236.000), seguiti da ingegneri (153.000) e avvocati (151.000). Altre professioni sanitarie erano quelle dei farmacisti (64.000 iscritti), degli odontoiatri (42.000), degli psicologi (40.000), dei biologi (40.000), dei veterinari (22.000), dei tecnici sanitari di radiologia medica (21.000), delle ostetriche (15.000). In totale le professioni sanitarie rappresentavano il 47% del totale dei professionisti iscritti a ordini o collegi³. È evidente che la presenza delle professioni codificate, eccezionale negli altri settori economici, rappresenta invece il criterio generale per la divisione e l'organizzazione del lavoro in campo sanitario (De Pietro, 2003).

Negli ultimi anni, nonostante il sistema delle professioni sia stato ripetutamente criticato da parte delle autorità antitrust europea e italiana e sia stato anche oggetto di tentativi di riforma legislativa in Parlamento⁴, il settore sanitario ha visto una vera e propria accelerazione del processo di professionalizzazione, soprattutto con riferimento alle ventidue cosiddette «professioni sanitarie», che hanno acquisito pieno riconoscimento e piena autonomia con la legge 42/1999, la quale ha anche previsto la frequenza di corsi di laurea triennale in sostituzione dei precedenti diplomi universitari. A quella norma ha fatto poi seguito la legge 251/2000, che ha istituito anche le lauree specialistiche per le professioni sanitarie e ha riconosciuto la possibilità di accedere alla qualifica dirigenziale per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

Nonostante tale processo sia avvenuto sempre all'interno dei canali istituzionali, ciò nondimeno esso ha dato luogo ad aspri confronti tra i vari gruppi professionali e soluzioni finali non sempre razionali, bensì frutto di accomodamenti politici⁵.

³ Si noti che tali professioni non comprendono le 19 professioni sanitarie *ex l.* 42/1999, ancora non dotate di ordini o collegi. Si tratta dei fisioterapisti (40.000), dei tecnici sanitari di laboratorio biomedico (30.000), dei tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (30.000), ecc. (De Pietro, 2005).

⁴ Tra gli osservatori è ormai diffuso il convincimento secondo cui le restrizioni alla concorrenza tra professionisti operata dal monopolio giuridico degli ordini e collegi sono giustificabili solo raramente con esigenze di ordine generale (per tutti, Zamagni, 1999).

⁵ Ciò risulta ad esempio chiaro seguendo la tormentata vicenda circa il numero delle figure professionali previste dal sistema, la loro denominazione, l'accorpamento nelle quattro classi di laurea, ecc.

La professionalizzazione ha alcune conseguenze potenzialmente positive sulla possibilità di regolare il mercato del lavoro. In particolare, essa rende più facile programmare la disponibilità futura dei professionisti (attraverso la determinazione dei numeri chiusi ai corsi di laurea e di specializzazione, l'abilitazione all'esercizio professionale tramite esame di Stato, il controllo dei comportamenti da parte degli ordini e collegi). Inoltre, essa dovrebbe garantire meglio la qualità delle competenze tecnico-professionali individuali⁶.

D'altro canto la stessa professionalizzazione comporta alcuni aspetti critici per la regolamentazione del mercato del lavoro e per la gestione del personale all'interno delle aziende. La specializzazione che essa comporta, insieme ai monopoli legali che definisce, implica infatti la necessità di una difficile integrazione multiprofessionale all'interno dei gruppi di lavoro, limita la sostituibilità tra persone appartenenti a diverse figure professionali, rende difficile sviluppare sistemi di valutazione delle competenze gestiti dalle aziende, favorisce una frammentazione della rappresentanza sindacale, limita le possibilità di formazione e di carriera, determina inquadramenti contrattuali che restano ancorati alla professione di appartenenza anche quando le attività si siano modificate.

2.2 La «badantizzazione» del sociale

Il lavoro privato di cura offerto alle famiglie italiane da persone per lo più di recente immigrazione ha costituito certamente il principale fenomeno del settore negli ultimi anni. A partire dai primi anni novanta e con un'accelerazione costante fino ai primi anni duemila le soluzioni trovate in precedenza per assistere anziani, disabili e altri malati cronici sono state letteralmente stravolte dalla disponibilità di centinaia di migliaia di persone – spesso donne provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est – che hanno trovato facile accesso al mercato del lavoro italiano rendendosi disponibili per assistere anziani (Da Roit, 2002).

Anche adottando le stime più prudenti sulla presenza delle badanti nel nostro paese, si può stimare che esse siano almeno 500.000. Per dare un termine di paragone, i dipendenti del Ssn ammontano a circa 650.000. Restando su stime assai prudenti, si può ipotizzare che il co-

⁶ La formazione e la certificazione delle competenze – in una parola la loro standardizzazione – costituisce il principale meccanismo di coordinamento organizzativo all'interno delle «burocrazie professionali» (Mintzberg, 1985).

sto lavoro sia di 12.000 euro pro capite. Sulla base di tali ipotesi, la spesa sostenuta annualmente per le badanti sarebbe dunque di 6 milioni di euro: relativamente poco se paragonata all'attuale spesa sanitaria pubblica (100 milioni di euro circa all'anno) e certamente molto inferiore alla spesa che il sistema pubblico dovrebbe affrontare per offrire servizi equivalenti.

Di fronte a tali cifre risulta evidente la centralità delle badanti per le famiglie italiane.

Allo stesso modo altre considerazioni rendono evidente come la domanda – e cioè il fabbisogno sottostante tale fenomeno – rappresenti un dato strutturale, destinato a confermarsi in futuro. A tal fine si considerino almeno due aspetti. Primo, gli ultraottantacinquenni sono oggi circa 2,5 milioni, pari al 4% della popolazione residente in Italia, ma si prevede raggiungano il 10% nel 2040⁷. Secondo, la partecipazione al lavoro delle donne italiane è ancora bassa se confrontata con quella degli altri paesi europei: nel 2004 soltanto il 45% delle 15-64enni italiane risultava occupato, a fronte del 49% della Spagna, del 57% della Francia, del 60% della Germania e del 67% del Regno Unito. Il probabile aumento dell'indice italiano comporterà verosimilmente maggiori difficoltà nel dare risposte familiari ai bisogni assistenziali dei familiari non autosufficienti.

Se il fabbisogno di lavoro privato di cura sembra dunque destinato a crescere, non c'è altrettanta certezza circa la disponibilità futura di un'offerta che si mantenga ampia, economica e flessibile come quella attuale. I processi di legalizzazione della presenza in Italia e di regolarizzazione dei rapporti d'impiego sono infatti destinati a far aumentare il costo del lavoro privato di cura ma anche a ridurre l'offerta. Allo stesso modo, la crescita economica e il ristabilimento di buone condizioni di vita in molti paesi di provenienza favoriranno con tutta probabilità un rientro o una maggiore selezione dei lavori da parte delle

⁷ Le analisi più recenti mostrano chiaramente che l'allungamento della vita comporta anche uno spostamento in avanti delle necessità di assistenza e quindi della spesa sanitaria. In altre parole, non è corretto fare proiezioni di spesa futura partendo dai dati di consumo degli anziani odierni (l'assorbimento di risorse sanitarie e quindi la spesa sanitaria non sono infatti tanto concentrati sulle persone anziane, quanto più propriamente sull'ultimo periodo di vita). Ciò nonostante, l'entità di tale processo d'invecchiamento comporterà certamente un aumento, *coeteris paribus*, della domanda di servizi sanitari. Inoltre, è probabile che essa comporti un aumento ancora maggiore di assistenza sociale, a seguito delle possibilità di sopravvivenza offerte ai malati cronici.

immigrate. Infine, l'integrazione nella società italiana si accompagna alla formazione di famiglie da parte delle badanti o ai ricongiungimenti dai paesi di provenienza (il che ridurrà la disponibilità a convivere sulle 24 ore presso l'abitazione dell'assistito), nonché al desiderio di tante badanti di cambiare settore lavorativo⁸.

Nonostante la letteratura specializzata oramai rilevante sul fenomeno, la stessa attenzione non sembra sia stata finora prestata dalle istituzioni, al punto che spesso i piani socio-sanitari di diverse Regioni semplicemente ignorano il termine di badante e il fenomeno sottostante. Tale «disattenzione», da un lato, rappresenta la comprensibile conseguenza di un fenomeno recente e che in gran parte sfugge alla regolamentazione pubblica. D'altro canto, tale disattenzione sembra a volte il portato di una generale debolezza nel saper leggere il territorio e i suoi bisogni, quando non anche il frutto di un atteggiamento di sostanziale «ipocrisia» nei confronti di una soluzione conveniente per le badanti, per le famiglie e per le autorità pubbliche. Tanto più tali «convenienze» risultano distribuite tra i diversi attori del sistema, tanto più esse risultano difficili da smontare nel breve periodo (Spano e De Pietro, 2006), anche perché affrontarle significherebbe agire in modo incisivo sulle regolamentazione relativa alle politiche migratorie, alle politiche abitative, al mercato del lavoro (Costa, 2004).

In conclusione, si può affermare che l'assistenza offerta dalle badanti abbia costituito da quindici anni circa la principale risposta all'invecchiamento della popolazione e all'entrata delle donne nel mercato del lavoro. Si è trattato di una risposta flessibile, economica e multi-mansione (non richiedente quindi i difficili processi di coordinamento interprofessionale tipici del contesto sanitario). Se la domanda di lavoro privato di cura sembra destinata a crescere in futuro, non altrettanto si può dire dell'offerta. Ciò comporterà la necessità di un ripensamento generale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, rispetto alle soluzioni tutte private che si sono finora spontaneamente sviluppate sul mercato.

⁸ Né convince la tesi di chi sostiene che le badanti provenienti dall'Est Europa saranno progressivamente sostituite da persone provenienti da paesi più poveri. I contenuti del lavoro privato di cura infatti rendono problematica la presa in carico da parte di persone provenienti da paesi appartenenti a «universi culturali» molto lontani dal nostro.

3. Alcune sfide per il mercato del lavoro socio-sanitario del prossimo futuro

I due fenomeni descritti al paragrafo precedente – professionalizzazione del lavoro in sanità e «badantizzazione» del lavoro sociale – possono essere presi come spunto per commentare possibili evoluzioni del lavoro in campo socio-sanitario nel prossimo futuro. Risulta infatti chiaro che, da un lato, le badanti non potranno continuare a costituire la principale risposta ai bisogni socio-sanitari della popolazione. Dall'altro lato, la strada della professionalizzazione del settore presenta alcuni problemi che sembra utile chiarire fin d'ora.

La prima urgenza del lavoro privato di cura è la sua regolarizzazione. L'estrema convenienza delle badanti ha infatti trovato una delle sue principali ragioni nell'illegalità di quel lavoro: illegalità del soggiorno e illegalità nel rapporto d'impiego, che pregiudicano il regolare funzionamento dei sistemi fiscali e previdenziali, oltre a deteriorare le regole di una convivenza basata sul rispetto delle leggi.

È auspicabile che almeno parte delle badanti continui a svolgere tale lavoro alle dipendenze delle famiglie o comunque rimanga all'interno delle professioni di cura, come peraltro alcune indagini sembrano confermare⁹. D'altro canto, è verosimile che l'integrazione nella società italiana e nel mercato del lavoro locale ridistribuisca le badanti su più settori di attività.

È necessario che le risposte private date dalle singole famiglie ai problemi dell'invecchiamento e della cronicità siano sostituite da risposte pubbliche capaci di maggiori sinergie e di una maggiore razionalità tecnico-organizzativa.

Se le badanti devono continuare a svolgere – sebbene con volumi minori e in una cornice di regolarizzazione – un ruolo centrale nell'assistenza agli anziani, allora è necessario assicurare che esse abbiano competenze assistenziali minime, tali da non mettere a rischio la sicurezza degli assistiti. D'altro canto è bene non enfatizzare oltre il necessario tale preoccupazione, se non si vuole definitivamente ingessare un sistema che può ancora costituire una risposta valida in molte situazioni. Utile a tal fine risulta l'evidenza portata da più indagini, secondo cui le badanti non si sentono insicure circa le attività assisten-

⁹ I settori «case di riposo» e «ospedali» risultano i primi due «in cui si vorrebbe lavorare», secondo una recente indagine svolta nelle province di Milano e Brescia su 354 badanti (Mesini, 2006).

ziali svolte e – se ne hanno la possibilità – continuano a preferire corsi di lingua italiana, di computer o di cucina, più che legati all'ambito della cura (Mesini, 2006).

Dall'altra parte, quella professionale è una logica almeno in parte già presente in campo socio-sanitario. Ciò sia per l'apporto delle figure più tipicamente sanitarie, sia per la presenza di figure professionali codificate proprie del sociale (assistenti sociali), sia infine per l'intervento pubblico nel settore, che fisiologicamente tende a regolamentare le competenze sulle attività svolte e i requisiti individuali richiesti.

Un'ulteriore spinta nel senso della professionalizzazione, che s'ispiri a quanto successo in campo sanitario, sarebbe probabilmente auspicata tanto dagli operatori, i quali potrebbero sperare di ottenere riconoscimenti contrattuali e sociali maggiori di quelli attuali, tanto dalle autorità pubbliche e politiche, che potrebbero in tal modo enfatizzare la maggiore qualità e sicurezza delle prestazioni socio-sanitarie.

D'altro canto, tale possibile evoluzione potrebbe replicare alcune difficoltà che il sistema professionale già incontra in campo sanitario.

Primo, la logica professionale determina funzioni di produzione che in linea teorica sono rigide, imponendo coefficienti legati a procedure di autorizzazione o certificazione che richiedono date unità di personale per svolgere determinate attività. La revisione di tali coefficienti in genere richiede tempo e finisce per restare indietro rispetto all'evoluzione dei bisogni e della tecnologia disponibile.

Secondo, la frammentazione del mercato del lavoro portata dalle professioni e dai loro monopoli legali implica costi di negoziazione legati al confronto tra professioni sia a livello di politiche pubbliche, sia all'interno delle aziende. Inoltre, come già ricordato, tale frammentazione può essere rafforzata dallo sviluppo di sindacati professionali, che moltiplica il numero degli attori della contrattazione e ne rende dunque più difficile l'esercizio.

Terzo, nei settori caratterizzati da diffuse asimmetrie informative, le professioni riescono a determinare il fabbisogno dei servizi da loro stesse offerti, in quanto sono gli unici attori legittimati a definirne volumi e contenuti. In altri termini, più il settore si professionalizza, meno la domanda sarà definita da finanziatori (in primo luogo enti locali) e utenti (in primo luogo famiglie). Tale punto risulta assai critico nel settore sanitario, caratterizzato da un fabbisogno e una domanda illimitati. Se possibile, in campo socio-sanitario un controllo dei rischi di «domanda indotta dall'offerta» potrebbe essere ancora più difficile,

per la non finitezza della domanda potenziale e per il fatto che molte prestazioni possono essere svolte a casa degli utenti o comunque in situazioni caratterizzate da poca possibilità di controllo sociale.

Quarto, le logiche professionali possono risultare particolarmente critiche da un punto di vista gestionale quando si accompagnano ad una cultura e pratiche gestionali burocratiche, tipiche delle pubbliche amministrazioni. Il settore sanitario ha infatti dimostrato con chiarezza che le qualifiche professionali prevalgono rispetto alle attività realmente svolte nel determinare condizioni contrattuali ed economiche, dando luogo ad importanti difficoltà gestionali (in altre parole la logica è quella di «uguali titoli, uguali diritti», invece che «stesse ricompense a parità di attività»). Al crescere delle qualificazioni professionali crescono i diritti reclamati dai professionisti, anche se le attività svolte restano le stesse. Ciò innesta una rincorsa alla professionalizzazione quale strumento per migliorare il proprio *status* contrattuale e organizzativo, anche quando essa non risponda ai reali bisogni dell'utenza.

4. Conclusioni

Un punto di partenza ineliminabile per progettare un mercato del lavoro per il settore socio-sanitario del prossimo futuro è quello di immaginare soluzioni per «sostituire le badanti».

Il primo aspetto da cui partire, in tal senso, sembra quello della loro regolarizzazione, favorendo una formazione di base in materia assistenziale qualora assente. Inoltre, buona parte delle badanti dovranno essere sostituite da assistenti di base, operatori tecnici dell'assistenza e altre persone in possesso di nozioni assistenziali di base.

A ciò sarebbe utile si accompagnasse un processo di riduzione e razionalizzazione complessiva dei profili definiti dalle diverse Regioni e il perseguimento di una maggiore standardizzazione dei percorsi formativi, al fine di garantire condizioni di mutuo riconoscimento delle varie figure professionali regionali.

Le tentazioni di ripercorrere il processo di professionalizzazione sperimentato in sanità dovrebbero essere respinte o comunque soppesate alla luce dei problemi che l'autonomia professionale individuale e la presenza delle professioni codificate hanno comportato in quel settore. In particolare, sembra utile rifuggire qualunque posizione di principio incapace poi di fare i conti con la realtà, ad esempio circa la di-

sponibilità effettiva di particolari figure o professionalità¹⁰. Se l'enfasi sarà comunque posta sul professionalismo, le autorità pubbliche e le aziende che operano in campo socio-sanitario dovranno insistere nel tentativo di introdurre sistemi di valutazione professionale ed, eventualmente, sistemi di riaccreditamento periodico dei professionisti. Ciò è tanto più vero per quelli inseriti in contesti di lavoro isolati, in cui il confronto professionale e il controllo sociale risultano difficili (ad esempio a domicilio del paziente/utente).

Soltanto una regolamentazione responsabile e non ipocrita potrà in futuro evitare le attuali difformità e carenze del mercato del lavoro sociale, ma anche le rigidità e i costi del lavoro sanitario. Ciò non significa mantenere le condizioni di subalternità finora sofferte dal lavoro sociale nei confronti di quello sanitario, ma anzi significa mantenere flessibile e aperto il sistema, riconoscendo esplicitamente le aree di sovrapposizione nel lavoro delle varie figure che operano nel settore e opponendosi a rivendicazioni contrattuali basate sulle sole qualificazioni professionali.

¹⁰ Un esempio assai semplice, ma chiaro, su questo punto riguarda le iniezioni, che secondo normativa dovrebbero esser fatte in quasi tutti i casi da professionisti a ciò abilitati. Il rispetto di quelle norme comporterebbe difficoltà difficilmente risolvibili tanto per il settore sanitario, tanto per quello socio-sanitario. Tanto meglio allora sarebbe partire dalle condizioni concrete dei mercati del lavoro e delle aziende che operano in tali settori, per poi definire politiche pubbliche coerenti.

La valutazione economica nell'ambito dei servizi socio-sanitari

Matteo Lippi Bruni, Cristina Ugolini

1. Introduzione

Nei paesi industrializzati, invecchiamento della popolazione e sviluppo tecnologico hanno contribuito a portare in primo piano il tema dell'efficiente allocazione delle risorse all'interno dei sistemi di welfare. In sanità, la valutazione economica costituisce uno strumento funzionale a orientare le scelte allocative relativamente ad una dimensione cruciale del problema: quella del costo-opportunità. Dagli anni '60 ad oggi, si è osservato un forte incremento dei lavori soprattutto in campo farmacologico, tanto che in numerosi paesi i risultati di questi studi sono stati utilizzati per la formulazione concreta delle politiche sanitarie. È il caso di programmi che richiedono l'impiego di valutazioni economiche per il finanziamento pubblico di nuovi farmaci, adottati in Canada, in Australia e recentemente invocati anche dall'Aifa nel nostro paese, ma soprattutto del National Institute for Clinical Excellence (Nice) nel Regno Unito, il primo esempio di utilizzo sistematico delle valutazioni economiche per l'adozione di tecnologie da parte di un sistema sanitario pubblico.

Mentre le tecniche di valutazione economica stanno assumendo un ruolo centrale nella gestione dei servizi sanitari, il loro impiego è ancora limitato in ambito socio-sanitario. Le applicazioni sono state finora ostacolate dalla scarsa standardizzazione dei servizi, dalla molteplicità degli scopi perseguiti e dall'elevato coinvolgimento dell'utente, che rendono particolarmente difficoltoso misurare l'esito prodotto sul benessere dei destinatari. Tuttavia, di fronte a tale complessità, le tecniche tradizionali possono essere adattate alle specificità del settore, senza precludere necessariamente una rigorosa attività di valutazione. Ciò è tanto più rilevante per prestazioni che necessitano di coordinamento tra enti chiamati a finanziarle ed erogarle congiuntamente e di una visione unitaria che non ne comprometta la continuità assistenziale.

Questo lavoro analizza le possibili applicazioni della valutazione economica ai servizi socio-sanitari, esaminando alcuni dei principali studi

proposti dalla letteratura internazionale e l'attuale stato dell'arte in Italia. Si illustrano, quindi, i benefici di un miglioramento delle conoscenze in quest'area che possano garantire risposte più consapevoli ai bisogni di cura e un più adeguato monitoraggio dell'intero sistema assistenziale.

2. *Tecniche di valutazione economica*

La valutazione economica in sanità rappresenta un'applicazione dei principi dell'economia del benessere e fornisce indicazioni sulla capacità di interventi alternativi di incrementare il benessere sociale. Un approccio metodologicamente corretto richiede il confronto fra più di un programma (al limite considerando il mantenimento dello *status quo*) e la stima di costi e benefici per ciascuno di questi (Drummond e al., 2000). Le metodologie che soddisfano tali requisiti sono principalmente tre e si differenziano per la modalità di quantificazione dei benefici (Sassi, Brunetti e Dirindin, 2005).

Nelle analisi *costo-efficacia* (Cea), i benefici vengono calcolati facendo riferimento ad *unità fisiche* quali il numero di morti evitate, di anni di vita guadagnati, ecc. Confrontando i costi per unità di risultato, il programma prescelto è quello che, a parità di costi, assicura i maggiori miglioramenti o, alternativamente, a parità di risultati garantisce i costi più bassi. Si tratta di una metodologia utile per comparare programmi i cui obiettivi sono esprimibili nella stessa unità di misura, ma inadatta in presenza di una molteplicità di esiti clinici. Costituiscono un sottoinsieme di questo gruppo le analisi *costi-conseguenze* in cui si valutano interventi che producono una pluralità di benefici attesi, senza sintetizzarne gli esiti in un unico indicatore, ma lasciando al decisore il compito di soppesare la loro diversa importanza relativa (Sefton e al., 2002).

L'analisi *costi-utilità* (Cua) misura gli effetti di un determinato trattamento in termini non solo quantitativi ma anche qualitativi. I benefici sono misurati – mediante questionari che permettono la creazione di scale numeriche – sulla base del livello di soddisfazione o miglioramento della qualità della vita o dello stato di salute (McDonough e Tosteson, 2007). L'indicatore più noto sono i *Quality-Adjusted-Life-Years* (Qaly), il cui valore viene calcolato ponderando l'incremento nell'aspettativa di vita con un coefficiente che esprime l'utilità cardinale derivante dal particolare stato di salute. In corrispondenza di

condizioni ottimali di salute il coefficiente assume valore 1, alla morte viene attribuito valore 0 (Drummond e al., 2000). Superando le rigidità della Cea dovute all'utilizzo di mere grandezze fisiche, questa metodologia risulta appropriata quando, pur coprendo una varietà di possibili esiti, i costi e benefici rilevanti sono di tipo strettamente clinico. Anche in questo caso non mancano tuttavia critiche per un'analisi fortemente basata sulla valutazione individuale, per le difficoltà a incorporare valutazioni di tipo equitativo (Bleichrodt, 1997).

Nell'analisi *costi-benefici* (Cba), questi ultimi vengono valutati in termini monetari, consentendo di adottare una prospettiva più ampia rispetto a quella dei soli destinatari dei trattamenti. Il fondamento metodologico è il principio di compensazione, secondo il quale una modifica dello *status quo* va perseguita se chi ne trae beneficio è potenzialmente in grado di compensare chi viene danneggiato, per un ammontare tale da non peggiorare la posizione di alcuno (ottimo-paretiano). Le metodologie più diffuse per quantificare i benefici sono il metodo del capitale umano (*Human Capital* - Hc) e la disponibilità a pagare (*Willingness to Pay* - Wtp). Il metodo Hc determina il valore della salute di una persona, calcolando il reddito che questi sarebbe in grado di generare nel tempo guadagnato aderendo al programma (Becker, 1993). La Wtp calcola – attraverso l'utilizzo di questionari strutturati – la somma massima che si sarebbe disposti a pagare per evitare (o ridurre la probabilità di) una modifica dello *status quo* (Hanley e al., 2003). La quantificazione in termini monetari di aspetti fisici e psicologici solleva problemi di misurazione ma anche obiezioni di carattere etico. Queste metodologie, e in particolare quella del Hc, possono infatti valutare relativamente di più i benefici conseguiti dalle categorie più produttive, determinando una condizione di vantaggio per queste ultime. Il problema è relativamente meno importante nel caso delle analisi basate sulla Wtp, in cui gli equivalenti monetari scaturiscono dal calcolo delle variazioni compensative (o equivalenti) e sono una diretta espressione del *surplus* del consumatore. In questo caso, le dotazioni iniziali di risorse possono influenzare l'utilità marginale del reddito, ma differenti valutazioni individuali hanno portata più generale in quanto catturano l'eterogeneità nelle preferenze attribuibile a tutti i fattori idiosincratici rilevanti, e non solo ai livelli di reddito. Questo consente, tra l'altro, una quantificazione dei benefici che è direttamente interpretabile in termini di funzione di utilità e quindi coerente con l'apparato teorico delle scelte individuali.

La raccolta delle informazioni può avvenire attraverso studi osserva-

zionali o sperimentali. Nel primo caso ci si limita ad osservare la condizione oggetto di studio, nel secondo caso si conducono studi in condizioni controllate e ripetibili. Gli studi si dividono anche in prospettici o retrospettivi. Gli studi prospettici valutano gli effetti di un intervento identificando la popolazione di riferimento in base ad una particolare condizione inizialmente presente e osservando gli esiti dell'intervento stesso. Gli studi retrospettivi misurano eventi accaduti in periodi precedenti il disegno dello studio.

Tra gli studi sperimentali e prospettici più diffusi, i gruppi di controllo randomizzati (Rct - *Randomized Controlled Trial*), nei quali si studiano gli effetti di due o più trattamenti somministrati in modo casuale su gruppi di individui. La randomizzazione, equilibrando le caratteristiche dei gruppi, permette una corretta misura delle relazioni causali, ma l'integrità del processo è spesso difficile da preservare. Gli operatori possono interferire sull'assegnazione casuale dei pazienti in base alle loro opinioni su chi debba usufruire dell'intervento e chi no, compromettendo l'equivalenza tra beneficiari e gruppo di controllo e pregiudicando la validità interna dell'esperimento. Quando ad essere compromessa è invece la generalizzabilità dei risultati, viene meno la validità esterna dell'esperimento. A ciò possono contribuire gli effetti psicologici indotti su operatori e beneficiari per il fatto di sentirsi sotto osservazione e la dipendenza dei risultati dal contesto socioeconomico in cui l'esperimento è stato realizzato.

La valutazione economica fa crescente uso di tecniche di modellizzazione (Law e Kelton, 1991), basate, nei casi più semplici, su alberi decisionali, che però incontrano difficoltà a descrivere situazioni caratterizzate da un ampio spettro di alternative, da probabilità che cambiano nel tempo e da azioni ripetute. In questi casi, si fa piuttosto ricorso ai modelli di Markov, particolarmente adatti a descrivere fenomeni quali la progressione delle malattie croniche. In un modello markoviano, la malattia è divisa in un insieme finito di stati di salute e gli individui evolvono fra questi stati secondo determinate probabilità di transizione. Assumendo che i pazienti siano soggetti ad una determinata malattia e che vengano sottoposti ad un particolare intervento sanitario, è possibile stimare costi e benefici di lungo periodo per ipotetiche coorti di pazienti. L'ipotesi di partenza per cui tutti i pazienti di una determinata coorte progrediscono nella malattia con la stessa probabilità che dipende dal tempo, può essere rimossa ricorrendo a simulazioni Monte Carlo. Nonostante i modelli assicurino informazioni rilevanti per la pratica clinica, permangono alcune perples-

sità per via delle difficoltà di estrapolazione dei dati clinici e della possibile manipolazione degli stessi.

In generale, gli sviluppi metodologici degli ultimi decenni e l'enorme crescita nel numero di studi hanno aumentato il peso della valutazione economica sulle decisioni di politica sanitaria, anche se permangono problemi significativi. Questi studi, ad esempio, soffrono della difficoltà ad incorporare considerazioni di equità distributiva (Mapelli, 2003) e si limitano spesso ad offrire indicazioni sull'efficienza di una tecnologia, più che a definire processi decisionali articolati, in grado di orientare il decisore pubblico a compiere scelte allocative. Per questo, permane una esigenza di ampliare ambiti di applicazione e rigore metodologico dei processi di misurazione e confronto tra risultati e risorse impiegate.

3. Prestazioni socio-sanitarie e valutazione economica

Se le tecniche di valutazione economica hanno conosciuto in sanità uno sviluppo significativo, il loro utilizzo è stato più limitato per le prestazioni socio-sanitarie, per effetto di alcune specificità loro proprie. Si tratta di un insieme eterogeneo di interventi che comprendono, fra gli altri, la prevenzione, individuazione, contenimento e cura di malattie cronico-degenerative o invalidanti, la cura delle patologie psichiatriche, delle dipendenze da droga, alcool e farmaci e delle patologie in fase terminale.

A determinare il grado di complessità di queste prestazioni contribuiscono i fattori produttivi utilizzati, i soggetti coinvolti nell'attività di finanziamento ed erogazione, l'articolazione dei possibili esiti, il coinvolgimento diretto del destinatario. Queste caratteristiche finiscono per generare problematiche ulteriori rispetto a quelle normalmente incontrate in sanità, e non permettono di applicare le tecniche tradizionali in modo meccanico.

Gli studi empirici in questo ambito sono ancora limitati e pochi effettuano confronti espliciti tra diversi progetti di intervento. Da una revisione sistematica della letteratura internazionale (Sefton e al., 2002) nel periodo 1996-2001 gli studi di valutazione economica relativi ai servizi socio-sanitari sono circa 130, con una media di 30 studi ogni anno, prevalentemente concentrati nell'ambito della salute mentale e della prevenzione della salute. Per oltre il 70% si tratta di studi applicati al contesto statunitense e per il 15% alla Gran Bretagna. Per

il 65% sono analisi costi-conseguenze, per il 18% Cea, e solo per il 5% Cba. La persistente scarsità di analisi empiriche è conseguenza di un'oggettiva difficoltà di valutazione degli esiti del processo di cura, in ragione dell'esiguità della base informativa disponibile a stimare i costi delle cure e a standardizzare gli utenti sulla base della loro condizione fisica e cognitiva. A loro volta, difficoltà di valutazione degli esiti (e quindi dei benefici) fanno sì che prevalgano analisi basate di tipo qualitativo, che non permettono di trarre conclusioni di carattere generale.

Una delle caratteristiche di queste prestazioni è il forte coinvolgimento del destinatario della prestazione e, quanto più l'utente è coinvolto, tanto più il risultato dell'intervento dipenderà dal suo grado di «*compliance*». Esempi tipici sono le campagne di prevenzione, la cui efficacia dipende significativamente dalla modifica di comportamenti e stili di vita da parte dei destinatari, e l'assistenza domiciliare, in cui la natura dei rapporti interpersonali influenza la valutazione finale dei recipienti delle prestazioni. Ciò non dovrebbe precludere la realizzazione di una corretta attività di valutazione, ma impone l'allargamento del campione e della prospettiva presa in esame (Byford e Sefton, 2003).

In secondo luogo, emerge un profilo di prestazioni personalizzate, combinate sulla base dello specifico bisogno, per cui è importante individuare l'impatto delle singole componenti sul risultato finale. Questo, accanto alla presenza di componenti non quantificabili o difficilmente osservabili, determina maggiore aleatorietà sui risultati e ciò rende spesso necessarie analisi di sensibilità per valutarne la robustezza. La difficoltà di valutare i risultati finali mediante esiti clinici rende spesso difficile quantificare i benefici, dal momento che le prestazioni socio-sanitarie coinvolgono lo stato di salute ma anche forme di aiuto psicologico o assistenziale. Le misure di risultato sviluppate in sanità appaiono poco adatte a valutare l'articolazione multi-dimensionale degli esiti rilevanti per una prestazione socio-sanitaria ed è opportuno non focalizzarsi su un'unica misura di risultato, ma considerare più indicatori, da affiancare a tradizionali misure di benessere, eventualmente, mediante tecniche di stima del tipo Wtp (Byford e Sefton, 2003). È tuttavia importante sforzarsi di considerare anche gli aspetti meno facilmente quantificabili, dal momento che l'incertezza sull'ordine di grandezza degli effetti di un programma può rendere critica la scelta finale.

Decisiva è anche la prospettiva da adottare. Le prestazioni socio-sa-

nitare influenzano più dimensioni della vita di un individuo e spesso anche della sua famiglia, e sono spesso erogate con il concorso e il finanziamento di diversi enti pubblici e privati, caratterizzati da funzioni obiettivo e di produzione anche significativamente diverse. Tra le prospettive possibili vi sono quindi quella dell'utente (o della famiglia), di una particolare istituzione, del segmento della popolazione destinatario del trattamento, del livello di governo responsabile delle scelte, infine della società nel suo complesso.

L'orizzonte di osservazione è un altro aspetto distintivo dell'ambito socio-sanitario. Se, per le patologie acute, la maggior parte dei costi e benefici può essere quantificata entro tempi brevi dalla somministrazione del trattamento, per molti servizi socio-sanitari, in particolare quelli destinati alle patologie cronico-degenerative, costi e benefici vanno quantificati su un arco di tempo più lungo, e tale da richiedere impegnative attività di *follow-up*.

Nel caso delle prestazioni socio-sanitarie le interviste dirette sono preferibili ai questionari autocompilati dall'utente, in quanto tendenzialmente meno condizionate da possibili limiti cognitivi dell'intervistato. In alternativa, si utilizzano anche diari preformattati, dove l'utente è chiamato a registrare i cambiamenti nel proprio livello di benessere, che hanno però il limite di dipendere seriamente dalla disponibilità dei partecipanti. L'uso di dati amministrativi in studi retrospettivi è invece spesso condizionato dalle carenze che si registrano, per quantità, qualità e grado di integrazione tra banche dati. In questa prospettiva, lo sviluppo di un sistema informativo standardizzato costituisce una forte priorità a fini di monitoraggio, e quindi di governo dell'intero sistema.

Anche per alcune prestazioni socio-sanitarie sono stati condotti Rct (Morrell e al., 2000; Kaplan e al., 1988; Byford e al., 2000) che però non sono sempre realizzabili, o in grado di fornire corrette indicazioni dal punto di vista economico.

I *trials* sono ideali per interventi caratterizzati da forte omogeneità di prestazioni e destinatari ma, per controllare adeguatamente le numerose fonti di variabilità proprie dell'ambito socio-sanitario, si finirebbe per dover coinvolgere gruppi molto ampi di soggetti. Vi sono poi casi in cui i *trials* non sono attuabili in concreto perché producono impatti su un orizzonte di tempo troppo lungo o non sono in grado di assicurare adeguata generalizzabilità ai risultati. Talvolta potrebbe quindi rivelarsi opportuno utilizzare altri strumenti di ricerca di tipo qualitativo (questionari ad intervista diretta, casi studio, *focus groups*, ecc.) che aiutino a individuare gli esiti rilevanti, che controllino l'adeguatezza delle

misure impiegate, aiutando a validare i risultati degli studi quantitativi. L'utilizzo della modellizzazione economica, che permette di generalizzare i risultati e simulare scenari di lungo periodo, è particolarmente efficace in presenza di una buona base dati. Tuttavia, le carenze informative proprie dell'area socio-sanitaria non rendono per ora applicabili approcci fortemente quantitativi, e spiegano perché la maggior parte delle valutazioni in questo ambito siano di tipo qualitativo. Le possibilità di futuri sviluppi dipendono quindi anche dalla capacità di integrare rigorose analisi quantitative – favorite dallo sviluppo di adeguati sistemi informativi – con gli strumenti qualitativi mirati a valutazioni preliminari (identificazione degli *outcomes* o modalità di misura) e a supportare l'interpretazione dei risultati quantitativi.

4. Un quadro della letteratura empirica

Strettamente legata al problema della misurazione dei benefici è la scelta della tecnica di valutazione da adottare. Attraverso la tassonomia delle tecniche disponibili, è possibile fare una breve rassegna della letteratura che si è occupata di valutazione economica nell'area socio-sanitaria.

Le tecniche Cea sono le più diffuse in sanità e sono applicabili al contesto socio-sanitario soltanto quando si confrontano progetti alternativi che producono risultati su dimensioni simili. Esempi di applicazione di queste tecniche sono il lavoro di Ellis e al. (2006) e di Scott e al. (2003). Il primo valuta il rapporto costo-efficacia derivante dalla realizzazione di un'unità di riabilitazione di breve periodo per anziani dimessi da una struttura ospedaliera al fine di favorirne il recupero di autonomia. Qui il confronto avviene con i servizi domiciliari normalmente presenti sul territorio di residenza. Il secondo illustra i risultati di un *trial* condotto su pazienti depressi soggetti a ricadute, offrendo al gruppo di intervento terapie psicologiche di supporto, oltre a quelle farmaceutiche somministrate al gruppo di controllo.

In generale, le tecniche Cea sono difficilmente adottabili in presenza di esiti multidimensionali e quindi non si adattano particolarmente bene all'ambito socio-sanitario. In alcune circostanze, possono essere applicate per quantificare il beneficio più rilevante per gli scopi della valutazione, integrando in qualche modo il valore relativo degli altri possibili esiti della prestazione (Byford e Sefton, 2002). In questa direzione, appaiono più appropriate le analisi costi-conseguenze. Esem-

pi di questo genere sono il lavoro di Pritchard e Williams (2001) in cui si valuta un intervento a sostegno delle famiglie di minori in difficoltà e quello di Gage e al. (2006) in cui si considera un programma di riabilitazione in ricovero diurno destinato a soggetti colpiti dal morbo di Parkinson. Tra le conseguenze prese in esame alcuni esiti riferiti ai pazienti, ai loro familiari e, in una prospettiva più generale, tassi di utilizzo dei servizi e gradimento rispetto al programma ricevuto.

L'approccio costi-utilità, aggregando tutti i benefici derivanti da un intervento in un'unica misura, consente di gestire meglio la multidimensionalità degli esiti, anche se le scale di utilità prescelte sono frequentemente oggetto di critiche. Un'applicazione di questa tecnica è il lavoro di O'Reilly e al. (2006) che confronta attraverso un Rct i risultati dell'assistenza territoriale per la riabilitazione degli anziani, quantificati in Qaly, con le tradizionali cure ospedaliere. Altri esempi, che fanno sempre ricorso ai Qaly, sono il lavoro di Drummond e al. (1991) in cui si indagano gli effetti di un programma di supporto ai *caregivers* di soggetti colpiti da demenza e il lavoro di Johnson-Masotti e al. (2000) che si propone di valutare tre diversi programmi di informazione mirati alla riduzione del rischio di contagio Hiv per adulti affetti da disturbi mentali. In presenza di difficoltà nel sintetizzare il beneficio in un'unica misura, si procede affiancando al beneficio più rilevante (beneficio primario), una seconda misurazione che sintetizza gli altri possibili effetti del programma (benefici secondari). Un'interessante applicazione è il lavoro di Morrell e al. (2000) in cui viene condotto un Rct per misurare le differenze fra un gruppo di donne che ricevono del sostegno psicologico e domiciliare post-parto rispetto al gruppo di controllo privo di alcun aiuto. I benefici principali sono valutati attraverso una automisurazione generale dello stato di salute, i benefici secondari attraverso alcune scale di misurazione utili a valutare la presenza e la gravità di uno stato depressivo.

Il maggiore limite all'applicazione di queste tecniche ai servizi socio-sanitari è la mancanza di scale di misurazione costruite appositamente per misurare il benessere derivante dall'erogazione di questa tipologia di servizi (Byford e Sefton, 2003). Lo sviluppo di appropriate misure di valutazione dei benefici rappresenta quindi una area di ricerca strategica, per aumentare la qualità e il numero degli studi in questo ambito.

L'analisi costi-benefici è stata fino ad ora raramente applicata al contesto socio-sanitario, nonostante la sua crescente diffusione nella letteratura economico-sanitaria, in particolare l'approccio basato sulla sti-

ma della Wtp (Hanley e al., 2003). Filoni di ricerca molto recenti si sono proposti di utilizzare queste metodologie per ampliare la prospettiva di studio rispetto agli approcci più tradizionali. Questo ha permesso, fra l'altro, di quantificare le implicazioni dei programmi non solo su chi riceve l'assistenza, ma anche su chi la eroga, i cui costi (e talvolta i benefici) finivano per essere sottostimati poiché passano in molti casi per il mercato (Andersson e al., 2002). In particolare, alcuni recenti contributi hanno concentrato l'attenzione sul ruolo dei *caregivers* informali (van den Bergh e al., 2005) e, esplicitamente, su aspetti relazionali quali la dimensione altruistica (König e Zweifel, 2004).

Nel caso dell'Italia, una ricerca bibliografica sulla banca dati internazionale PubMed condotta nel periodo 1997-2007 ha permesso di individuare circa 25 studi, per lo più riferiti all'ambito psichiatrico e all'assistenza svolta nei confronti di pazienti cronici. Per gran parte di questi non si tratta però di valutazioni economiche vere e proprie, dal momento che si considerano spesso solo i benefici o, in qualche caso, solo i costi. Le poche valutazioni complete sono per lo più analisi costi-conseguenze. Un esempio di analisi costi-utilità è invece il lavoro di Tanneberger e al. (1998) che considera un programma di ospedalizzazione domiciliare per malati oncologici. La prospettiva adottata è quella del singolo paziente, i benefici riguardano misure di soddisfazione e valutazioni sul livello di qualità della vita del destinatario dei trattamenti. Tra i lavori in lingua italiana, si può citare come esempio di valutazione costo-efficacia il lavoro di Lucchetti e al. (2003) che analizza il sistema delle cure domiciliari in una comunità montana delle Marche, mentre un esempio di analisi costi-benefici è il lavoro di Colombo e al. (2004) che considera pazienti con dolore cronico benigno, per i quali è stata valutata la disponibilità a pagare legata a diversi livelli di qualità della vita.

5. *Discussione e conclusioni*

Questo lavoro si è proposto di avviare una prima riflessione circa il ruolo della valutazione economica in ambito socio-sanitario. Senza pretese di alcuna esaustività e definitività, queste pagine hanno cercato di porre l'attenzione sull'importanza di adottare anche in questa area del welfare uno strumento di supporto in grado di orientare le scelte allocative del decisore pubblico.

Il lavoro ha evidenziato come le caratteristiche delle prestazioni socio-

sanitarie introducano difficoltà specifiche nell'analisi, ma proprio tali specifiche ragioni rendono necessario sviluppare metodologie affidabili per indirizzare le scelte allocative in modo tale da incrementare efficacia e efficienza degli interventi socio-sanitari chiamati rispondere a bisogni crescenti della popolazione.

Una riflessione sui metodi e sulle tecniche di valutazione più appropriate è stata, per ragioni di spazio, solo accennata. Ciononostante, l'esame della letteratura più recente, che abbiamo riportato in modo sintetico e senza pretese esaustive, sembra individuare nella Cba una direzione di ricerca interessante, in quanto potenzialmente in grado di catturare specificità dei servizi socio-sanitari che finiscono per sfuggire ad approcci più focalizzati sugli esiti clinici quali le analisi Cea e Cua. La stima della Wtp richiede infatti l'inclusione fra i benefici oggetto di valutazione di tutti gli elementi potenzialmente in grado di generare utilità per gli individui coinvolti, compresi aspetti di utilità procedurale e di natura relazionale. Il fatto che il punto di riferimento per la stima della Wtp sia il benessere individuale permette quindi di catturare meglio la multidimensionalità del trattamento erogato, altrimenti non valorizzata in modo adeguato.

Nell'assistenza socio-sanitaria assumono infatti un rilievo significativo le modalità di erogazione delle prestazioni anche al di là del loro impatto diretto sulle condizioni cliniche. Ciò è vero sia per la natura dei benefici coinvolti che per le modalità di quantificazione dei costi. Recenti sviluppi hanno, ad esempio, evidenziato come la stima della Wtp possa costituire uno strumento efficace per cogliere le implicazioni di programmi di assistenza ai non autosufficienti che promuovono progetti di assistenza informale (van den Bergh e al., 2005).

In questo caso è importante tenere conto dell'utilità/disutilità prodotta sulla pluralità di soggetti coinvolti, non agevolmente registrabile con altre modalità di indagine. L'utilità complessiva dipende, infatti, non solo dai miglioramenti nello stato di salute, ma può produrre importanti riflessi anche sugli erogatori. In questo senso, crescente attenzione è stata posta sul ruolo del *caregiver* e sulla necessità di quantificare adeguatamente i costi, in termini di tempo, anche psicologici, che questi deve sostenere di fronte alla necessità di erogare dei servizi continuativi che spesso comportano forte coinvolgimento emotivo. In presenza di cure informali, il problema della quantificazione dei costi discende soprattutto dal fatto che si tratta di attività spesso non correttamente valorizzate dai prezzi di mercato. Meccanismi quali i *costi di rimpiazzo*, definiti sulla base del costo dei servizi sul mercato pri-

vato, o il *mancato guadagno*, misurato dal salario perso per dedicare tempo all'assistenza, tendono a non riflettere i costi reali sopportati dai *caregiver* informali, come invece accade con la stima della Wtp (van den Berg e al., 2005).

Grande importanza può poi assumere anche la cosiddetta «utilità procedurale», secondo cui più che l'esito finale ciò che influenza il beneficio dei recipienti è il processo mediante il quale la prestazione stessa viene erogata (Brower e al., 2004). Ciò è determinante, ad esempio, nel caso dell'assistenza ai malati in fase terminale – dove obiettivo del programma è essenzialmente assicurare un decoroso decorso della malattia e non conseguire significativi miglioramenti nelle condizioni di salute –, ma può essere molto rilevante anche nell'assistenza per le patologie cronico degenerative.

Infine, l'approccio basato sulla stima della Wtp, si presta anche all'adozione di una prospettiva collettiva in senso ampio, capace, quindi, di cogliere anche le preferenze in merito alle modalità di finanziamento dei servizi e non solo di effettuare confronti basati sull'efficacia relativa di trattamenti alternativi (Brau e al., 2004; Brau e Lippi Bruni, 2006). Ciò permette di introdurre nel processo di valutazione elementi che tengano conto del grado di solidarietà e di socializzazione dei rischi, che in aree particolarmente delicate dei servizi di welfare possono influire significativamente sul giudizio di desiderabilità sociale di determinati programmi (Olsen e al., 2005).

Pur presentando elementi di sicuro interesse, tale approccio non è tuttavia privo di controindicazioni (Cookson, 2003) e una vastissima letteratura metodologica si è preoccupata di indagare le possibili distorsioni derivanti da una misurazione delle preferenze a partire da scenari ipotetici. Tali problemi possono, tra l'altro, essere particolarmente accentuati nel momento in cui i destinatari degli interventi dovessero soffrire di carenze cognitive che ne limitano in modo drastico le capacità di valutazione, anche se i primi riscontri empirici, ancora frammentari, su questo punto sembrano fornire indicazioni rassicuranti sull'affidabilità delle indicazioni ottenute (Nocera, Bonato, Telser, 2002).

III Sessione - Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 2002, *Le parole della nuova sanità, Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Alti T., Iurleo A., 2005, *Lep. Il problema delle disuguaglianze sostenibili*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 117-33.
- Andall J., 2000, *Migration and Domestic Service: the Politics of Black Women in Italy*, Aldershot, Ashgate.
- Andall, J., *Gender, Migration and Domestic Service: the Politics of Black Women in Italy*, Aldershot, Ashgate, 2000.
- Andersson A., Levin L.A., Emtinger B.G., 2002, *The Economic Burden of Informal Care*, «International Journal of Technology Assessment in Health Care», n. 18, pp. 46-54.
- Balduzzi R., 2004, *Note sul concetto di essenziale nella definizione dei Lep*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 165-78.
- Becker G.S., 1993, *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education* (3rd ed.), The University of Chicago Press.
- Beltrametti L., 2006, *I costi di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune simulazioni*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna, pp. 109-30.
- Bifulco L., 2006, *Governance, «pubblico» e amministrazioni pubbliche: note dalle politiche sociali*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 273-92.
- Bleichrodt H., 1997, *Health Utility Indices and Equity Considerations*, «Journal of Health Economics», n. 16, pp. 65-91.
- Bosi P., Guerra M.C., Silvestri P., 2006, *Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza nel quadro della riforma del titolo V*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna, pp. 161-216.
- Brandsen T., van Hout E., 2006, *Co-management in Public Service Networks. The Organizational Effects*, «Public Management Review», vol. 8, n. 4, pp. 537-49.
- Brau R., Fiorentini G., Lippi Bruni M., Pinna A.M., 2004, *La disponibilità a pagare per la copertura del rischio di non autosufficienza: analisi econometrica e valutazioni di policy*, «Politica Economica», n. 3, pp. 357-88.
- Brau R., Lippi Bruni M., 2006, *Eliciting the Demand for Long Term Care Insurance: A Discrete Choice Modelling Analysis*, Feem Working Paper, n. 71.
- Brau R., Lippi Bruni M., Pinna A. M., 2003, *La domanda di copertura per il rischio di non autosufficienza: un'analisi empirica*, in Fiorentini G., *I servizi sanitari in Italia. 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 139-69.

- Brouwer W., van Exel N., van den Berg B., van den Bos G., Koopmanschap M., 2005, *Process Utility from Providing Informal Care: The Benefit of Caring*, «Health Policy», n. 74, pp. 85-99.
- Byford S., Fiander M., Torgerson D.J. e al., 2000, *Cost-Effectiveness of Intensive v. Standard Case Management for Severe Psychotic Illness*, «British Journal of Psychiatry», n. 176, pp. 537-43.
- Byford S., Sefton T., 2002, *First Aid: Lessons from Health Economics for Economic Evaluation in Social Welfare*, Lse Health and Social Care Discussion Paper, n. 4.
- Byford S., Sefton T., 2003, *Economic Evaluation of Complex Health and Social Care Interventions*, «National Institute Economic Review», n. 186, pp. 98-108.
- Chou S.Y., 2002, *Asymmetric Information, Ownership and Quality of Care: An Empirical Analysis of Nursing Homes*, «Journal of Health Economics», n. 21, pp. 293-311.
- Colombo G.L., Caruggi M., Serra G., 2004, *L'approccio willingness-to-pay nella valutazione economica: il trattamento del dolore acuto e cronico*, «Mecosan», n. 13 (52), pp. 51-62.
- Cookson R., 2003, *Willingness to Pay Methods in Health Care: A Sceptical View*, «Health Economics», n. 12, pp. 891-94.
- Costa G., 2004, *Le badanti nei sistemi di cura: tasselli o stampelle?*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 17-18, pp. 7-9.
- Cutler D., 1992, *Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?*, National Bureau of Economic Research, Wp 4301.
- Da Roit B., 2002, *Il mercato privato dell'assistenza in Italia*, in C. Gori C. (a cura di), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carrocci, Roma.
- De Pietro C., 2003, *Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale*, «Mecosan», n. 48, pp. 9-37.
- De Pietro C., 2005, *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw-Hill, Milano.
- Drummond M.F., Mohide E.A., Tew M., Streiner D.L., Pringle D.M., Gilbert J.R., 1991, *Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly*, «International Journal of Technology Assessment in Health Care», n. 7 (2), pp. 209-19.
- Drummond M.F., O'Brien J., Stoddart G.L., Torrance W., 2000, *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Ellis A., Trappes-Lomax T., Fox M. e al., 2006, *Buying Time II: An Economic Evaluation of a Joint Nhs/Social Services Residential Rehabilitation Unit for Older People on Discharge from Hospital*, «Health and Social Care in the Community», n. 14 (2), pp. 95-106.
- Evans R.G., McGrail K.M., Morgan S.G., Barer M.L., Hertzman C., 2001, *Apocalypse No: Population Aging and the Future of Health Care Systems*, «Canadian Journal on Aging», n. 20, suppl. 1, pp. 160-91.
- Fbm-Censis, 2002, *Monitor Biomedico 2002*, Fbm-Censis, Roma.

- Fbm-Censis, 2003, *Monitor Biomedico 2003*, Fbm-Censis, Roma.
- Fbm-Censis, 2004, *Monitor Biomedico 2004*, Fbm-Censis, Roma.
- Feldstein M.S., 2006, *The Effects of the Ageing of European Population On Economic Growth and Budgets: Implications for Immigration and Other Policies*, National Bureau of Economic Research, Wp n. 12736.
- Fiorentini G., 2004, *Dimensioni verticali e orizzontali dell'integrazione sociosanitaria: assetti istituzionali e organizzativi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2004*, Il Mulino, Bologna, pp. 203-32.
- Freedman V.A., Martin L.G., 2002, *Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States. A Systematic Review*, «The Journal of the American Medical Association», n. 228, pp. 3137-46.
- Gage H., Kaye J., Owen C., Trend P., Wade D., 2006, *Evaluating Rehabilitation Using Cost-Consequences Analysis: An Example in Parkinson's Disease*, «Clinical Rehabilitation», n. 20, pp. 232-8.
- Gori C., Vanara F., 2006, *Di quante risorse abbiamo bisogno? Una rassegna delle stime*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna, pp. 83-108.
- Hancoch T., 1982, *Beyond Health Care*, «The Futurist», agosto.
- Hanley N., Ryan M., Wright R., 2003, *Estimating the Monetary Value of Health Care: Lessons from Environmental Economics*, «Health Economics», n. 12, pp. 3-16.
- Johnson-Masotti A., Pinkerton S., Kelly J.A., Stevenson L.Y., 2000, *Cost-Effectiveness of an Hiv Risk Reduction for Adults with Severe Mental Illness*, «Aids Care», n. 12, pp. 321-32.
- Kaplan R., Atkins C., Wilson D., 1988, *The Cost Utility of Diet and Exercise Interventions in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus*, «Health Promotion», n. 2, pp. 331-40.
- König M., Zweifel P., 2004, *Willingness-to-Pay against Dementia: Effects of Altruism between Patients and their Spouse Caregivers*, Socioeconomic Institute, University of Zurich, Wp 0411.
- Law A.M., Kelton W.D., 1991, *Simulation Modelling and analysis*, McGraw-Hill, New York.
- Lucchetti M., Rinaldi L., Papaleo A., Ahmad W., 2003, *Monitoraggio e valutazione del sistema delle cure domiciliari in una Comunità Montana della Regione Marche*, «Tendenze Nuove», n. 6, pp. 557-79.
- Manton K.G., Gu X., 2001, *Changes in the Prevalence of Chronic Disability in the United States Black and Non Black Population Above Age 65 from 1982 to 1999*, «Proceedings of the National Academy of Sciences of the Usa», n. 98, pp. 6354-9.
- Mapelli V., 2003, *Il costo di un anno di salute. Implicazioni allocative e distributive*, «Tendenze Nuove», n. 3, pp. 281-96.
- Massicci F., 2002, *Le tendenze di medio-lungo periodo della spesa sanitaria*, «Politiche Sanitarie», n. 3, pp. 53-61.

- McDonough C.M., Tosteson A.N., 2007, *Measuring Preferences for Cost-Utility Analysis: How Choice of Method May Influence Decision-Making*, «Pharmacoeconomic», n. 25, pp. 93-106.
- Meier V., 1999, *Why the Young Do Not Buy Long-Term Care Insurance?*, «Journal of Risk and Uncertainty», n. 8, pp. 83-98.
- Mesini D., 2004, *Chi sono, quante sono e quanto costano «le badanti»*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 17/18.
- Mesini D., 2006, *Qualificare il lavoro privato di cura*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 14, pp. 3-8.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2002, *Documento di Programmazione economica e finanziaria per gli anni 2003-2006*, in www.tesoro.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, 2002, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Quaderno n. 4, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria generale dello Stato, 2004, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, Rapporto n. 5, Roma.
- Ministero della Sanità, 2000, *Relazione sullo stato sanitario del paese 2000*, Roma.
- Mintzberg H., 1985, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Morrell C.J., Spiby H., Stewart P. e al., 2000, *Costs and Benefits of Community Postnatal Support Workers: A Randomised Controlled Trial*, «British Medical Journal», n. 321, pp. 593-98.
- Nocera S., Bonato D., Telser H., 2002, *The Contingency of Contingent Valuation. How Much are People Willing to Pay against Alzheimer's Disease?*, «International Journal of Health Care Finance and Economics», n. 2, pp. 219-40.
- O'Reilly J., Lowson K., Young J. e al., 2006, *A Cost Effectiveness Analysis within a Randomised Controlled Trial of Post-Acute Care of Older People in a Community Hospital*, «British Medical Journal», n. 333, pp. 228-34.
- Olsen J.A., Kidholm K., Donaldson C., Shackley P., 2004, *Willingness to Pay for Public Health Care: A Comparison of Two Approaches*, «Health Policy», n. 70, pp. 217-28.
- Paradeise C., 1988, *Les professions comme marché du travail fermé*, «Sociologie et sociétés», n. 2, pp. 2-22.
- Pritchard C., Williams R., 2001, *A Three Year Comparative Longitudinal Study of a School-Based Social Work Family Service*, «Journal of Social Welfare and Family Law», n. 23, 1, pp. 23-43.
- Ranci C., 2006, *Criteri di equità e selettività nella tutela pubblica della non autosufficienza*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Il Mulino, Bologna, pp. 217-51.
- Reinhardt U.E., 2000, *Health Care for the Aging Baby Boom: Lessons From Abroad*, «Journal of Economic Perspectives», n. 2 pp. 71-83.

- Sassi F., Brunetti M., Dirindin N., 2005, *Evidence Based Medicine e valutazioni economiche*, in Liberati A. (a cura di), *Etica, Conoscenza e Sanità*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Scott J., Palmer S., Paykel E. e al., 2003, *Use of Cognitive Therapy for Relapse Prevention in Chronic Depression: Cost-Effectiveness Study*, «British Journal of Psychiatry», n. 182, pp. 221-7.
- Sefton T., Byford S., McDaid D., Hills J., Knapp M., 2002, *Making the Most of It, Economic Evaluation in the Social Welfare Field*, Joseph Rowntree Foundation.
- Spano P. e De Pietro C., 2006, *Le sfide dell'invecchiamento tra risposte spontanee e compromessi necessari*, «Mecosan», n. 58, pp. 55-70.
- Tanneberger S., Pannuti F., Mirri R., Panetta A. e al., 1998, *Hospital-at-Home for Advanced Cancer Patients within the Framework of the Bologna Eubiosia Project: An Evaluation*, «Tumori», n. 84 (3), pp. 376-82.
- Taroni F., 2003, *Proiezioni demografiche e politiche sanitarie*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 105-38.
- Tousijn W., 2000, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- Ugolini C., 2004, *La gestione integrata dei servizi sociosanitari: questioni aperte secondo la teoria economica*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004*, Il Mulino, Bologna, pp. 203-32.
- van den Berg B., Bleichrodt H., Eeckhoudt L., 2005, *The Economic Value of Informal Care: A Study of Informal Caregivers' and Patients' Willingness to Pay and Willingness to Accept for Informal Care*, «Health Economics», n. 14, pp. 363-76.
- Zamagni S. (a cura di), 1999, *Le professioni intellettuali tra liberalizzazione e nuova regolazione*, Egea, Milano.
- Zweifel P., Felder S., Meiers M., 1999, *Ageing of Population and Health Care: a Red Herring?*, «Journal of Health Economics», n. 8, pp. 485-96.

IV SESSIONE

Integrazione.
Complessità del concetto
e buone pratiche

L'integrazione che non c'è, e di cui ci sarebbe bisogno

Ota de Leonardis

RPS

Vorrei mettere anzitutto a fuoco una finalità importante che ha guidato la rivista «Rps» nell'organizzazione di questo Forum sull'integrazione socio-sanitaria, che si esprime nel porre l'accento sul concetto di «integrazione» più che su quello di «socio-sanitario», inteso come sistema di servizi, e tale finalità mi sta particolarmente a cuore. Di integrazione socio-sanitaria si può parlare in diversi modi, a significare aspetti anche molto eterogenei e potenzialmente in contraddizione tra di loro. Per un verso, si sente parlare di integrazione socio-sanitaria come se fosse il nome più o meno ufficiale di un settore, sinonimo di settore socio-sanitario, che si accompagna al settore sanitario e al settore sociale, o dell'assistenza. Il riferimento al requisito dell'integrazione suona un po' come un richiamo d'obbligo ad una parola d'ordine oggi molto diffusa (si pensi per esempio al titolo della legge 328), che proviene dalla forza performativa – qualcuno dice costituente – dei programmi europei nelle materie sociali, ma spesso recepita nella forma depotenziata di un gergo. Come se l'integrazione fosse già data, già messa in opera e realizzata, per l'appunto nel settore socio-sanitario.

Viceversa, credo vada sottolineata l'intenzione di questo Forum di focalizzare l'attenzione non sull'integrazione socio-sanitaria come settore, il socio-sanitario, ma sull'integrazione come strategia, sull'integrazione come processo possibile, come orientamento strategico alla riconfigurazione delle relazioni tra sanità e assistenza come tali; soprattutto la sanità in sé, il sistema sanitario nel suo insieme piuttosto che non i suoi margini tendenti al sociale. Il problema è, infatti, che anche nel settore socio-sanitario di integrazione se ne realizza molto poca, come ho potuto constatare dalle mie ricerche sul campo e come sa meglio di me chi ha partecipato a questo Forum. E dunque, a rigore, sarebbe anche improprio definire questo settore «integrazione socio-sanitaria». Del resto sappiamo, è stato già detto anche in questo dibattito, che il socio-sanitario funziona anche da area residuale della sanità, un'area nella quale si scaricano le contraddizioni dei settori contigui, e si dispiegano le tensioni tra sanità e assistenza, anche a livello istituzionale e gestionale.

Se vi si pone l'attenzione, ci sono qualificazioni che parlano proprio del contrario. Parlano di eterogeneità, di sovrapposizioni, di conflittualità, di confusione, di frammentazione (sto rielencando alcune delle qualificazioni che abbiamo sentito nel corso di questi interventi). Non abbiamo parlato di vuoti di politiche, ma potremmo aggiungere a questo elenco di indicatori di una mancata o assente integrazione anche questi: casi di persone «cadute nelle maglie», tra istituzioni e interventi, come direbbe Castel, e di persone su cui la convergenza tra sociale e sanitario si traduce in un percorso di crescente non-autosufficienza – e il paradosso è soltanto apparente.

Allora la questione è provare a mettere a fuoco *perché* l'integrazione tra sanità e assistenza è invece necessaria; e dire forse anche qualcosa sul *come* essa sia possibile, provando a configurare quest'area del socio-sanitario non come un settore, ma come una possibile *leva* di processi di integrazione tra il sistema assistenziale e il sistema sanitario. Questo è il tema che propongo di affrontare in questa discussione.

Perché l'integrazione tra assistenza e sanità?

Una prima ragione la si può agevolmente individuare se si affronta la questione in modo rovesciato, e si chiama in causa il legame stretto che sussiste tra salute e benessere sociale. È un legame ben documentato dalla ricerca scientifica internazionale sui fattori che influiscono sulle condizioni di salute di una popolazione, e incorporato in parole d'ordine e programmi di organismi che intervengono nelle aree più problematiche sotto il profilo sanitario – a cominciare da epidemie e pandemie come Aids, malaria e tubercolosi – e della stessa Organizzazione mondiale della sanità. È dimostrato che sul miglioramento delle condizioni di salute l'impianto biomedico degli interventi ha un impatto molto limitato se non si attuano forti sinergie con sistemi di protezione sociale che promuovono la capacità degli individui e dei gruppi sociali di prendere in mano la loro vita, e la loro salute (de Leonardis, 2006).

Un secondo motivo per cui l'integrazione tra sanità e assistenza è necessaria è segnalato anche dalla sintesi, qui proposta, di ciò che il Censis rileva ascoltando i cittadini: ne emerge infatti una domanda di integrazione (*cfr.* Collicelli *infra*). Senza integrazione tra sociale e sanitario non si costruisce un sistema di welfare. Questo è il nodo strategico. Un sistema di welfare è fatto della complessità o della «complessività» delle competenze e reciprocamente dei diritti in capo ai cittadini. Ovvero non ci sono *diritti esigibili* nelle materie sociali se non in quanto ci sia un sistema integrato di competenze e politiche sulle materie nel lo-

ro insieme, altrimenti quei diritti, semplicemente, non sono onorati. La titolarità del diritto del cittadino non viene onorata da una sommatoria, peraltro spesso incompleta, di interventi frammentari. Quindi questa motivazione è, in un certo senso, legata proprio alla ragion d'essere delle politiche sociali e dei sistemi di servizi alla persona. Non sto parlando degli enti, ma del principio stesso di diritti di protezione e di supporto sociale delle persone.

Poi c'è una terza ragione per cui la prospettiva dell'integrazione tra sanità e assistenza va richiamata ed è quello che potrei forse definire un principio di responsabilità – nozione tuttavia sovraccarica di impliciti normativi e ambigua. Possiamo considerare, cioè, l'integrazione come una strategia di *responsabilizzazione istituzionale* della spesa pubblica, anzitutto nella forma della responsabilità di bilancio, che del resto lo stesso *new public management* richiede. Stiamo parlando di sistemi di governo della vita dei cittadini che gestiscono i soldi dei cittadini – poiché, in definitiva, è questo il prelievo fiscale: i cittadini, quelli dei diritti da onorare, affidano a quello che i francesi chiamano *la puissance publique*, ai governi ai vari livelli, la responsabilità di gestire e investire in modo produttivo una quota della ricchezza sociale che appartiene a loro collettivamente, come cittadini appunto. Questo è il principio di responsabilità da onorare di cui sto parlando.

Ci sarebbero diverse considerazioni da fare in proposito, ma il punto che mi preme sottolineare è questo: solo attraverso politiche integrate si può sperare di riuscire a *misurare dei risultati*, si può verificare se certi cambiamenti sono stati prodotti, se la qualità sociale da cui dipende il benessere dei singoli è aumentata da politiche, servizi e interventi.

L'integrazione tra le politiche, anzitutto tra la politica sanitaria e la politica dell'assistenza, è una condizione essenziale per poter focalizzare, monitorare e misurare i cambiamenti che sono stati prodotti, e per poterne dare pubblicamente conto (nel senso dell'*accountability*), altrimenti non funziona; potrebbe darsi il caso, ad esempio, di una efficientissima Regione «x» che esibisca i conti sanitari in pari – quindi nulla da dire – senza però garantire un miglioramento delle condizioni complessive di vita dei suoi cittadini; o dove addirittura si produca, in realtà, uno scarico dei problemi sul sociale. In tali casi parole come efficienza ed efficacia restano vuote di significato.

Dunque, solo in una prospettiva integrata, si può davvero dare il giusto peso alla questione della responsabilità, a cominciare da quell'indicatore importante nel senso della capacità di rispondere, che è la responsabilità di bilancio.

C'è un ultimo motivo che ha sempre a che fare con la responsabilità ma che non si misura tanto sul terreno della responsabilizzazione rispetto ai costi, quanto piuttosto sul terreno della responsabilizzazione politica. In capo a chi è il governo di questi processi? Di nuovo, anche in questo caso, solo una prospettiva di integrazione tra le politiche consente di *rendere riconoscibile la responsabilità politica*, cioè qual è il governo che deve rispondere ai cittadini del suo operato nelle materie sociali. Questo è un punto importante soprattutto in una fase come quella attuale in cui si generalizza la cosiddetta *governance*, cioè il passaggio dal monopolio della responsabilità di governo alla pluralizzazione delle sedi e degli attori coinvolti nei processi di governo delle politiche pubbliche. Tanto più in condizioni di complessificazione, di pluralizzazione delle sedi e delle forme di governo, l'integrazione tra queste politiche diventa una condizione per chiamare le responsabilità di governo a un coordinamento. Sto alludendo al problema già emerso qui della frammentazione anche sul terreno delle responsabilità di governo: la mancanza di coordinamento, di convergenza e di corresponsabilizzazione tra i diversi livelli di governo; l'opacità delle scelte che stanno dentro, di nuovo, nel gioco dello scarico tra sanitario e sociale, o viceversa della colonizzazione già richiamata, con tutti i costi nascosti e le deresponsabilizzazioni che questo comporta. I processi, che io sto segnalando come necessari, di integrazione tra questi settori forse sono proprio necessitati dal principio per cui ci vuole una responsabilità di governo riconoscibile e unica delle politiche sociali nel loro insieme, *complementare all'esigibilità del diritto del cittadino* alle condizioni di base di benessere, cioè quel motivo già richiamato della necessità dell'integrazione tra le politiche. È inutile che ricordi qui che tutti questi argomenti a favore della costruzione di forme di integrazione tra le politiche sono espliciti e ormai consolidati nella tradizione dei programmi europei. Integrazione, come già dicevo, è una delle parole d'ordine di questi programmi, insieme a quella della localizzazione, con cui del resto, come vedremo ora, si accompagna.

Se noi trattiamo il socio-sanitario non come un settore a sé, ma come un potenziale volano di integrazione tra i settori che insistono nel socio-sanitario al fine di costruire un sistema integrato di servizi, allora forse diventa necessario, come del resto suggerisce, appunto la letteratura europea, chiamare in causa anche altre politiche. Non ci si può fermare lì. Le politiche occupazionali e quelle urbane e abitative, in particolare, contengono un patrimonio di risorse potenziali proprio per l'integrazione anche tra sanitario e sociale.

L'integrazione sarebbe necessaria ma è molto difficile e, per tutte le ragioni che sono state dette in questo dibattito, se ne vedono poche tracce. È raro incontrare situazioni in cui siano perseguite e praticate strategie di convergenza, messa in connessione, collaborazione tra le politiche sanitarie e quelle dell'assistenza, a livello istituzionale, a livello gestionale e a livello operativo del funzionamento dei servizi, del tessuto organizzativo dei servizi. Si vede il contrario, di solito.

Esplorando e mettendo sotto osservazione alcune situazioni «virtuose» in questa direzione, alcuni cantieri che costruiscono integrazione, si possono forse trarre indicazioni su difficoltà e possibilità. È questo il secondo terreno su cui vorrei provare a stimolare la riflessione e la discussione, mettendo a fuoco un paio di punti nodali intorno a cui convergono o sono suscettibili di convergere le politiche sanitarie e la politica dell'assistenza. Nell'osservazione che ho fatto nel corso delle mie ricerche in giro per l'Italia (naturalmente i casi sono molto eterogenei, in ragione della grande diversificazione delle architetture istituzionali delle politiche nelle diverse regioni, e a livello locale), ho individuato due perni attorno a cui si mette in moto l'integrazione tra sanità e assistenza, diciamo due perni di convergenza. Un perno – è banale ma dobbiamo chiamarle in causa –: *le persone*; l'altro perno: *i territori*.

È ovvio che le persone sono un perno dell'integrazione perché è il trattamento della persona nella sua totalità e nel suo contesto di vita che è in gioco. E c'è un orientamento propizio a promuovere integrazione proprio nel principio della personalizzazione delle prestazioni, dei programmi di intervento ecc., anch'esso di matrice europea. Mi limito a richiamarlo perché è entrato anch'esso ampiamente in circolo, è una di quelle parole d'ordine cui spesso non corrisponde nulla, naturalmente, ma che tuttavia, se presa sul serio, può innescare cambiamenti importanti nelle politiche. La personalizzazione costituisce una chiave, prima di tutto, per uscire dalla logica dell'intervento categoriale: anche questo lo sappiamo, tuttavia la tendenza è a riprodurre modelli di intervento categoriale. Quando il socio-sanitario viene trattato come settore, e quando poi questo settore si articola nei sotto-settori degli «anziani», «minori» eccetera, si produce di nuovo questa logica del trattamento delle categorie e non delle persone, la logica della *subordinazione dell'intervento sulle persone alla loro appartenenza a determinate categorie*. Con l'effetto noto che i problemi di una persona, trattati in modo frammentario, si cumulano insieme con gli interventi. Vorrei dire qualcosa anche in proposito della non autosufficienza, e il

relativo fondo. Per quello che ho visto andando in giro, e osservando da vicino come lavorano i servizi mettendo in pratica l'architettura istituzionale – che è un'architettura anzitutto definitoria dei problemi – ho visto che *non autosufficienti si diventa*. Lo si diventa anche nelle Rsa o nelle case di riposo in cui, siccome sei lì, devi essere non autosufficiente. Non lo sei ancora del tutto? Non fa nulla. Ti ci faccio diventare: ti siedo sulla sedia a rotelle, così è più comodo per tutti, e più coerente con il mansionario. Allora il rovesciamento della prospettiva dalla categoria alla persona, forse apre qualche spiraglio per agire anche su questo genere di dinamiche che subordinano le persone alle categorie già esistenti, e ai sistemi organizzativi, professionali, di competenze e di soldi, che su queste categorie sono basati.

L'integrazione passa attraverso la personalizzazione, ma la personalizzazione presuppone il ridisegno di programmi di intervento che hanno come parametro la totalità della persona, non la specificità del singolo problema.

Passiamo al territorio. Questa è un'altra parola d'ordine ormai consolidata: localizzazione, cioè il fatto che queste politiche devono essere in prossimità dei cittadini. Quindi locali, quindi disegnate in modo diversificato a seconda dei contesti specifici ecc.

Ma, in questa direzione, la territorializzazione designa qualcosa di più preciso: designa la presa in carico dei contesti di vita delle persone – anche come contesti fisici – da parte di politiche e interventi. Essa è un altro perno attorno cui si aprono dei potenziali importanti per fare integrazione tra le politiche. Ovvero, rovesciando la prospettiva: così come le persone esistono, prendono corpo con le loro soggettività e con i loro diritti, là dove le politiche si integrano (invece delle categorie), così altrettanto i territori esistono là dove le politiche si integrano, là dove, cioè, le politiche lavorano insieme in modo integrato per far esistere dei territori, perché appunto diventino contesti di vita delle persone: perché non siano soltanto depositi di problemi, ma vengano riconosciuti come patrimoni di risorse da valorizzare (e qui il riferimento è di nuovo alla responsabilizzazione di cui parlavo prima).

Anche la territorializzazione è scarsa come la personalizzazione. Anzi, quello che la territorializzazione richiede è, per cominciare, l'uscita dalla *extraterritorialità*, l'uscita dal socio-sanitario, e di sanità e assistenza ciascuna per la sua parte, dalla *extraterritorialità*. La versione più ovvia, per intenderci, della *extraterritorialità* sono i contenitori extra-contesto, *extraterritoriali*, i contenitori residenziali. Quelle strutture che rispondono alla domanda: dove li mettiamo? E che pertanto

esprimono un orientamento alla segregazione, a separare e sottrarre dai contesti. Poi ci lamentiamo che i territori si desertificano. Ciò che si produce sul terreno vago del socio-sanitario non è affatto marginale rispetto alla configurazione dello spazio sociale di un territorio, o di una città. Se percorro certe periferie milanesi, mi guardo intorno e dico: «è chiaro che è un deserto: o ci sono i centri commerciali o ci sono le Rsa»; ma non possiamo lamentarci della declinazione della socialità in forma di consumo standardizzato nei centri commerciali e non lamentarci dell'unica formula alternativa all'abbandono nella versione del contenitore.

Questo vale per il sanitario ma vale anche per l'assistenziale, naturalmente. E l'extraterritorialità è uno stampo che si riproduce inesorabilmente nel formato dei servizi intesi come *setting* specialistici separati dal contesto in cui operano.

Di che cosa è fatto il benessere di un territorio? Il benessere di un territorio è fatto del benessere delle persone; il quale è costituito dalla dotazione di risorse per abitare, per avere legami sociali, per lavorare, o per avere una vita attiva. E queste risorse vanno cercate, e se non ci sono vanno create, nei territori, nei contesti reali di vita delle persone. Piuttosto che l'attrezzo specializzato nella palestra del servizio, sono meglio la strada del quartiere dove andare a comprare il pane, e le scale da salire per andare a pranzo da qualcuno che sia significativo. Noi dobbiamo immaginare che l'integrazione tra queste politiche risponda a questi parametri: non alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, sociali, ma ai supporti per una vita degna, e alla cura, integrata, dei contesti – sociali, spaziali, affettivi – che tali supporti appunto sono.

Per cominciare – guardando a ciò che accade là dove i servizi prendono in carico i contesti – s'innesca un processo di «emersione della domanda»: si scopre una grande quantità di risposte mancate, e di bisogni che neanche si vedono e che le persone non riescono nemmeno a formulare; e poi su questo c'è un gran lavoro potenziale per trasformare la domanda emersa, anzitutto trasformando le risposte. Come già diceva qualcuno giustamente, perché nel territorio deve essere l'ospedale l'unico presidio continuo, certo, sempre aperto, di garanzia? O perché per le persone anziane la malattia, il dottore e la medicina devono essere, come dice Rotelli (2004), l'unica ragione di discorso, l'ultimo dialogo con la vita? E questo accade non perché i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari non ci siano, ma perché lavorano male, in modo non integrato – tra loro, con le persone e nei contesti. E anche là dove si sono avviate strategie di integrazione, così intesa, si vede che c'è ancora molto lavoro da fare per costruire risposte decenti a quei perché, e ad altri.

Politiche sociali: governare per frammenti?

Carlo Donolo

Partirei da un'analisi di quello che si sta cercando di definire come sistema socio-sanitario. Si tratta di un sistema particolare, non compiuto e, che al momento si può, però, ricostruire almeno a livello teorico. Infatti, nel considerare le politiche sociali e sanitarie, ci si scontra con la difficoltà di avere dei frammenti piuttosto che un sistema vero e proprio: qualcosa che di fatto è più simile ad una nebulosa, ad un arcipelago, ad un insieme di arcipelaghi.

Sulla configurazione a sistema o meno delle politiche sociali è stato scritto molto, esistono analisi approfondite e studi di caso; nonostante la carenza di informazioni, riferite in particolare alle basi di dati, utili alle decisioni e valutazioni dei risultati, una verifica complessiva di queste politiche è stata fatta in letteratura. Anche le riflessioni avanzate in questo dibattito, lasciano pensare che, in realtà, di questo «sistema» sappiamo molto.

La prima domanda dovrebbe essere allora: questo sapere, in che misura arriva a coloro che sono chiamati a formulare le politiche? Da questo punto di vista sembra che il circuito cognitivo non sia del tutto chiuso. Da un lato, ci si propone, a livello normativo, di costruire un sistema, perché la sua configurazione è connessa a due fini costitutivi, vale a dire l'universalità e l'esigibilità. Senza il sistema è molto difficile che queste finalità possano essere raggiunte. Dall'altro lato, però, non essendo chiuso il circuito cognitivo, si procede su un terreno molto incerto e infido. Si predica – a valle della legge 328 – che in ogni caso sono necessarie politiche trasversalmente integrate tra il sociale e il sanitario e forse andando oltre i limiti di queste due già ampie materie. D'altra parte, però, gli interventi di correzione dei sistemi di welfare vanno piuttosto nella direzione di governare per frammenti. Un esempio ne è la logica dei fondi: fondi per questo settore, per quest'altro, per quest'altro ancora. C'è da chiedersi: nel momento in cui questi fondi sono attinti, sono erogati, si trasferiscono a livelli di competenza appropriati, si definiscono le istruzioni per l'uso, e naturalmente l'organizzazione logistica per l'erogazione dei servizi, non daranno luogo e alimenteranno in realtà la frammentazione? Naturalmente, oltre ad una frammentazione per materie, per campi di intervento, si aggiungerà quella per livelli di competenza.

Guardando retrospettivamente gli ultimi anni, si può dire che sono state accumulate esperienze molto diversificate: quelle toscane sempre di prima fila e quelle di altre regioni sempre invece in ultima fila. Molto differenziati sono i modelli di riferimento. Da questo punto di vista, vale riflettere sui termini emblematici in uso nei documenti di programmazione. Si va da formule che evocano esplicitamente questioni di giustizia sociale, di coesione, di equità a formule, invece, che fanno appello all'innovazione, alla libertà di scelta. Quindi una divaricazione di modelli estremamente ampia, che mette in crisi probabilmente il criterio di base da cui siamo partiti e a cui teniamo, cioè quello dell'universalismo e dell'esigibilità. Abbiamo, cioè, praticamente situazioni altamente differenziate e che tenderanno a differenziarsi forse sempre di più nel corso del tempo.

Un sistema che non è un sistema, ma che, in qualche misura, esigerebbe di essere riconsiderato come tale. Sarebbe allora importante poter estendere i risultati degli studi e delle ricerche in questo settore, per quanto imperfetti e incompiuti, a coloro che formulano le politiche e a coloro che poi sono chiamati a implementarle. Ritengo che una delle funzioni de «La Rivista delle Politiche Sociali», tra l'altro, sia proprio questa: tentare di modificare i quadri culturali di riferimento di coloro che prendono le decisioni in queste materie, perché questo è un modo per avviarsi nella direzione dell'universalismo, dell'esigibilità e quindi, in questo senso, del fare sistema.

Ma l'imperativo dell'integrazione è scritto a chiare lettere negli obiettivi delle politiche socio-sanitarie, anche se si sa che la sua realizzazione è molto difficile. Esistono ostacoli organizzativi, logistici, culturali, le culture professionali spesso in conflitto tra di loro, i livelli di competenza, le cattive abitudini amministrative e mille altri impedimenti che costellano questo percorso. Probabilmente queste difficoltà possono essere trattate modificando in parte i quadri culturali di riferimento. E quindi anche per questo c'è un grande bisogno, credo, di investire sulla formazione degli addetti ai lavori che devono mettere in atto le politiche. Oppure lo si può fare anche con provvedimenti a carattere normativo o organizzativo; però quello che conta, in definitiva, soprattutto in una territorializzazione molto spinta dei sistemi di welfare, sono le pratiche locali. È qui che si può verificare quale grado si è raggiunto nel processo di integrazione.

La funzione di osservatorio su questi aspetti – che questa rivista peraltro fa già meritoriamente – è estremamente importante, direi quasi decisiva da questo punto di vista.

Un altro fattore da non sottovalutare è che il nostro sistema di welfare è collocato in un sistema europeo, comunitario. In merito si potrebbero fare molte riflessioni ma, in estrema sintesi, vorrei esporre almeno queste.

L'Europa si propone di difendere un proprio modello sociale che è parzialmente diverso da quello degli altri paesi industrializzati, in particolare da quello degli Stati Uniti, o anche da quello di altri paesi anglosassoni o di lingua inglese, e molto diverso da quello che stanno praticando paesi che accedono adesso ai processi di industrializzazione di massa. La difesa del modello sociale europeo però si attua in condizioni di estrema ambiguità perché, in realtà, gli indirizzi suggeriti dall'Europa sono piuttosto contraddittori. Certamente si richiede un forte investimento sulla coesione territoriale, regionale, puntando sul fatto che, se i territori si avvicinano nelle dotazioni di base, probabilmente vengono trattate in questo modo anche questioni sociali e perfino sanitarie più specifiche; dentro questo processo, in generale, la popolazione è messa in condizioni di fruire meglio di una serie di servizi di qualità.

Quindi la coesione territoriale è certamente una componente molto importante. Però, anche in questo tipo di politiche, si fa valere (e sempre più direi, nel corso degli anni) il criterio dell'utilità ai fini della competizione sul mercato globale. In realtà, il modello sociale europeo è già ampiamente piegato all'esigenza della competizione globale, cioè i sistemi locali devono diventare competitivi, anche tra territori, tra città, per esempio. E tutta una serie di azioni vengono svolte in questa direzione.

Gli effetti sono ambigui in questo senso: certamente, se produciamo coesione territoriale, aiutiamo i sistemi di welfare a radicarsi e anche a migliorare la qualità delle prestazioni; nello stesso tempo, però, vogliamo che questa coesione serva alla competitività. Quindi si introduce un elemento fortemente selettivo, che potrebbe, ad esempio, mettere in crisi il criterio dell'universalismo; si potrebbe avere infatti un'elevata selettività della fornitura di servizi che devono servire sì alla coesione sociale, ma in modi, forme e costi tali che questa coesione risulti funzionale alla competizione globale. Nello stesso tempo, però, l'Europa ci impone di essere competitivi, ma in un determinato modo. Non vogliamo farlo nel modo brutale come lo fanno gli altri: lo facciamo diventando società della conoscenza (Strategia di Lisbona).

I diritti sociali stanno, quindi, in questa morsa: da un lato, devono essere garantiti anche in funzione della competitività globale, però,

dall'altro, devono essere configurati o ridefiniti seguendo un percorso verso una società della conoscenza, così come è definita in modo più puntuale nella Strategia di Lisbona. Questa, peraltro, ha incontrato diversi limiti, ostacoli, rallentamenti: per il momento rimane ancora un traguardo più immaginato che una pratica effettiva delle istituzioni comunitarie stesse.

Quindi, ci sarebbe da riflettere su come il sistema socio-sanitario, inteso come sistema di welfare, cioè di produzioni di qualità sociali e di benessere sociale e individuale, vada ricollocato e ridefinito entro questa duplice tensione verso un sistema che deve essere più competitivo e, d'altra parte, verso una capacitazione dei soggetti tramite la disponibilità di qualità sociali prodotte all'interno e in funzione della società della conoscenza. È chiaro che, nel caso italiano, siamo carenti su entrambi i fronti: siamo poco competitivi come sistema paese e, d'altra parte, la nostra transizione verso la società della conoscenza è molto imperfetta, molto parziale. In verità esiste soltanto per frammenti, forse più come un'aspirazione. C'è già abbastanza letteratura anche su questo argomento per poter dire che occorrerebbe una radicale focalizzazione di investimenti sull'istruzione, sulla formazione, sulla ricerca, sull'innovazione tecnologica affinché questa transizione cognitiva sia possibile; attualmente ne siamo ben lontani.

Non è indifferente, per i temi e problemi del welfare, valutare come ci si possa collocare dentro questo contesto, che è soltanto apparentemente più ampio, ma che penetra a fondo nella natura stessa non soltanto della definizione dei diritti, delle pretese legittime, ma anche della qualità dei servizi che possono essere richiesti, esigiti e anche effettivamente erogati.

Naturalmente, una volta fatte queste ampie premesse, si torna sempre anche a toccare alcuni nodi particolarmente complessi. Seguendo il contributo di Campedelli (*infra*), è evidente che esiste una difficoltà di costi, perché, se vogliamo politiche integrate socio-sanitarie e, in generale, un welfare a carattere universalistico e anche esigibile, si crea un problema di risorse, prevalentemente e principalmente finanziarie, anche se non solo queste. Ad esempio, risorse informative e cognitive, sia dal lato degli erogatori dei servizi, sia dal lato della cittadinanza attiva. Nel contesto in cui si trova la nostra finanza pubblica, e anche nell'ambito della nostra appartenenza europea, ci sono vincoli piuttosto stretti entro cui muoverci. Quindi si pone immediatamente il problema di spendere bene all'interno di un budget ristretto e, nello stesso tempo, di mobilitare risorse che forse esistono e non sono ancora

state attivate in funzione di sistemi di welfare integrati e capaci di produrre coesione sociale oltre che qualità della vita. Il ruolo delle fondazioni potrebbe essere, da questo punto di vista, abbastanza interessante, anche per ovviare al pericolo, cui i nostri sistemi di welfare sono esposti, che la sussidiarietà orizzontale venga letta soprattutto come l'apertura di un mercato del welfare, insomma del sociale e del sanitario a imprese private che, nel contesto specifico della scarsa qualità e responsabilità sociale delle imprese in generale in Italia, è estremamente pericoloso. Noi veniamo a conoscenza dalla stampa e dai media, ogni tanto, di scandali nella sanità, per esempio il caso dei ricoveri per anziani. Quello che sappiamo è che questa è la punta dell'iceberg; cosa c'è dietro è molto più terribile, credo. Quindi questo è un passaggio estremamente rischioso per sistemi di welfare che hanno ancora la pretesa di un'esigibilità universale.

Ma, diciamo che il problema dei costi riguarda la mobilitazione di risorse adeguate per poter finanziare un sistema, prima di tutto che sia *un sistema* e che abbia i caratteri che Carrozza suggerisce (*infra*). Ora, il problema dei costi in letteratura viene discusso anche in questi termini: i diritti – perché partiamo da questi – perché siano esigibili hanno dei costi; e quindi il problema è la quantità delle risorse e anche di chi deve pagare. Il nostro sistema è, da questo punto di vista, molto confuso e molto poco coerente, probabilmente in quanto esito di una serie pressoché infinita di correzioni del modo in cui i cittadini sono chiamati a contribuire a queste prestazioni. Forse delle correzioni sarebbero necessarie per garantire anche una certa trasparenza del nesso fiscale tra cittadinanza e welfare.

Quando si investe il problema dei costi, si va a toccare una questione che non è ovviamente soltanto connessa al sistema socio-sanitario, ma in generale al nostro sistema sociale, cioè la questione della fiscalità, del nostro sistema fiscale, con le sue disparità, i suoi dati sul livello di evasione e sulla probabile quota di Pil – da un quarto a un terzo – fuori regola e la marcata concentrazione territoriale di queste irregolarità. Ciò che il Governo Prodi sta facendo in questa direzione è molto meritorio, anche se, a mio avviso, è un piccolo inizio soltanto.

Quindi, la correzione del nostro sistema fiscale è una premessa indispensabile affinché il sistema socio-sanitario, inteso come welfare universalistico ed esigibile, sia correttamente impostato. Le risorse mancano e sono scarse anche perché – e direi principalmente – il nostro sistema fiscale è profondamente malato. Non possiamo credere che soltanto operando su variabili interne, ticket, prezzo dei farmaci o co-

sto delle ospedalizzazioni (tutti fattori e variabili importanti, naturalmente, dal punto di vista gestionale), si possa risolvere il problema. Una soluzione va elaborata nella sede appropriata, che è quella di un sistema fiscale più razionale, più equo e anche con una più netta componente redistributiva, che esige maggiore trasparenza, ed è più agibile in una logica di sistema che di frammenti.

Questo è un grande tema sul quale certamente esistono molte e differenti opinioni anche a livello analitico, e soprattutto forse è un tema che è difficile trattare. Poiché vogliamo rendere il sistema Italia più competitivo, dobbiamo sgravare le imprese, quindi dobbiamo avere un occhio di riguardo per tutta una serie di categorie sociali. Sono ceti che intermediano un grande quantità di reddito; però, pur con tutti questi riguardi, queste attenzioni e queste prudenze, occorrerebbe che la cultura progressista prenda più sul serio la questione fiscale, perché altrimenti la questione del welfare non potrà che rimanere residuale, marginale, da affrontare solo se e quando ci saranno risorse disponibili.

Vorrei ancora introdurre un ultimo argomento. Si parla di diritti come tutele esigibili. Tutele è una parola che è molto utilizzata nella terminologia di questo settore e si riferisce soprattutto a questo: esistono alcuni aspetti di base della vita sociale e individuale che devono essere comunque garantiti, altrimenti non possiamo nemmeno sopravvivere come società. Al di là del livello delle tutele, forse al di là – tecnicamente parlando – dei cosiddetti livelli essenziali (sui quali bisognerebbe poi discutere in effetti, che in gran parte ancora sono da definire, tra l'altro), si apre un enorme campo di bisogni, di esigenze, di domande inevase che vanno piuttosto nella direzione che può essere definita capacitazione: gli individui, le famiglie, i gruppi, le associazioni vogliono diventare più autonomi, vogliono diventare meno dipendenti, vogliono diventare più capaci, come si dice. Per poterlo fare, hanno bisogno di disporre di risorse, di competenze, di spazi di libertà, anche di sperimentazione.

Ora, i nostri sistemi, partiti molto generosamente, sono poi, a seguito della nostra crisi fiscale permanente, diventati sempre più specializzati, ridimensionati, ridefiniti, anche in funzione di una qualificazione della spesa pubblica. Ma, in qualche misura, è diventato poco chiaro, in questa serie di processi, ciò che è semplice tutela, che comunque è una specie di base irrinunciabile, e ciò che invece può servire a promuovere tutta la nostra transizione verso la società della conoscenza che altrimenti, senza queste garanzie di natura sociale, individuale e colletti-

va, non può certamente avvenire. Quindi una distinzione tra un livello di base e un livello che non è il superfluo, ma è a sua volta indispensabile per raggiungere determinati obiettivi in termini di libertà e di capacità.

Questo passaggio tra ciò che è strettamente necessario per sopravvivere come società accettabile e quello che serve in più per diventare anche una società più libera e società della conoscenza, in questi sistemi di welfare, per come adesso sussistono in quanto nebulosa, non risulta chiaro e resta un nesso altamente indeterminato. Ci sono esperienze più avanzate, come quella della Regione Toscana. È probabile che lì questo legame tra l'indispensabile e ciò che non è superfluo ma il necessario per una fase ulteriore di qualità sociale, è probabilmente meglio tematizzato. Ma certo questa non è una situazione generalizzata.

Tutto questo fa anche aprire il discorso sul fatto che probabilmente abbiamo molte analisi dell'offerta dei servizi e anche qualche blanda valutazione degli impatti di questi servizi, ma conosciamo molto meno la domanda. Certamente esiste una domanda potenziale inespressa, diciamo così, che avrebbe bisogno di essere meglio articolata. Per esempio la domanda di autonomia e di capacitazione, che è latente dietro l'esigenza anche di banali servizi di base, probabilmente è parte di questa domanda inespressa e forse i servizi e le politiche sociali dovrebbero impegnarsi molto di più a renderla esplicita, a incrociarla, in qualche modo.

Per fare questo, certamente sappiamo che sono a disposizione alcuni strumenti, e che alcuni soggetti si danno da fare perché questa esplicitazione della domanda avvenga. Qui si apre il discorso della *advocacy* – usando il termine che è stato usato nei documenti di base di questo forum –, cioè di quelle modalità di sondaggio della domanda potenziale che resta in gran parte inespressa. Questi strumenti sono allo stato attuale in Italia estremamente modesti. Diciamo che di fatto questa *advocacy* viene essenzialmente oggi praticata dal terzo settore in senso lato, da parte di quelle organizzazioni che, oltre a cercare di esplicitare questa domanda, si propongono come attori per la erogazione anche del servizio. Questo si rivela essere un aspetto problematico, per la verità, perché naturalmente è molto facile che l'offerta crei il proprio mercato, cioè la domanda. Dato poi che il terzo settore da noi è così dipendente dall'erogazione della finanza pubblica, questo circuito andrebbe monitorato e reso trasparente. È meritoria l'opera di quelle organizzazioni che evidenziano bisogni inespressi e, in qual-

che modo, li articolano e li presentano nell'arena delle politiche sociali; però questa responsabilità non può essere loro delegata (magari tramite complicate modalità di *outsourcing*), ma deve sempre essere costruita una rete di articolazione, valutazione e validazione. Attualmente ne siamo ancora lontani.

Abbiamo in proposito un'altra esperienza in Italia che è altrettanto problematica, forse anche di più: quella del consumerismo. Le esigenze individuali o collettive, e gli stessi diritti, oggi si manifestano e spesso sono interpretati dagli stessi soggetti come «beni» analoghi a merci, ponendosi nella posizione di utenti/clienti: naturalmente il consumo di servizi sociali o sanitari è un consumo, viene percepito forse anche dal cliente/utente come una forma di consumo tra gli altri. Naturalmente, quindi, ciò che le associazioni consumeristiche in senso stretto propongono ai propri associati e, in generale, al pubblico come tutela del consumatore si trasferisce anche nel campo delle politiche sociali e sanitarie. Ma questa confusione tra tutela del consumatore e tutela del cittadino in quanto portatore di diritti universalistici esigibili nel campo sociale e sanitario, è un aspetto piuttosto problematico. E si aggiunge il fatto che – almeno da quello che risulta dai giornali, dai media e da quel poco che si legge anche in letteratura su queste cose – il nostro consumerismo è molto orientato ad una protezione di un cliente inteso in un senso molto egoistico, molto miope, molto individuale: la protezione dalla truffa, la protezione dalla cattiva amministrazione; in generale è la pubblica amministrazione, in qualche forma, che non fa bene il suo mestiere e che danneggia il consumatore. La cultura del consumerismo in queste forme, proprio perché manca completamente della dimensione che Carrozza sottolinea (*infra*) – la dimensione dell'universalismo dei diritti, dell'esigibilità dei diritti, ma in quanto diritti di cittadinanza universalistici – mentre tutela il diritto privato dell'utente consumatore, non è adatta a sostenere lo sviluppo e anche la ricostruzione di un sistema di welfare capacitante e universalistico.

Direi che c'è un'enorme fragilità e debolezza nell'articolazione di questi discorsi pubblici sulla tutela e sull'*advocacy*, soprattutto con riguardo a domande ancora flebili di servizi sociali e sanitari di tipo nuovo, forse anche di domande (non solo di benessere) in gran parte ancora inesprese. Quindi qui c'è ancora da fare un grande lavoro da parte delle istituzioni, forse anche da parte della ricerca, per sopperire a queste deficienze, che forse sono soltanto transitorie e registrano un ciclo ancora abbastanza immaturo di questa trasformazione: certamente

questo diventerà, nel prossimo futuro, un compito molto importante. Se le politiche sociali e sanitarie si integrano e tendono a creare un sistema producono effetti di benessere e di capacitazione generali, e inoltre sconfinano – con forme di cooperazione tra politiche e tra istituzioni e livelli di governo – in altre strategie e materie rilevanti per il livello e la qualità della vita pertinenti a una società della conoscenza in evoluzione: sviluppo locale, innovazione tecnologica e sociale, sistemi urbani, democrazia deliberativa e molto altro. Per molti di questi aspetti importanti le politiche socio-sanitarie, nel loro essere poco o tanto integrate, sono la cartina di tornasole (Donolo, 2005).

RPS

Carlo Donolo

La legge regionale del Friuli-Venezia Giulia e il fondo per l'autonomia possibile

Franco Rotelli

Parlo da una regione di confine, il Friuli-Venezia Giulia, parlo da uno che si è divertito per vent'anni prima a buttar giù manicomi e poi a costruire alternative nel decennio successivo e poi, negli ultimi dieci anni, si sta divertendo a fare il direttore generale di aziende sanitarie nel Friuli-Venezia Giulia ma anche, per tre anni, nel posto più nero di Italia, e cioè la metà della provincia di Caserta.

È da queste angolature che parlo di quello che vedo, ho visto o mi sembra di vedere. Vado per flash.

Intanto la Regione Friuli-Venezia Giulia. Qui: il Fondo per la non autosufficienza è stato giustamente chiamato, nella legge regionale, Fondo per l'autonomia possibile. Un problema nominalistico, in Italia siamo bravissimi a dare buoni nomi e poi a fare delle pessime cose però anche i buoni nomi, in qualche modo, possono avere un senso. Chiamarlo Fondo per l'autonomia possibile credo sia più corretto perché, in qualche modo, allude a incentivare l'autonomia e non a coprire la non autosufficienza con il rischio, definendola ulteriormente, di rialimentarla.

Fondo per l'autonomia possibile come intervento su tutta una serie di aree in cui l'obiettivo dell'autonomia venga perseguito sempre, comunque, dovunque. Da medico ritengo che la parola «cronicità» dovrebbe essere abolita dal vocabolario italiano per quanto concerne la sanità e per quanto concerne qualsiasi patologia. C'è bisogno di lunga assistenza, c'è bisogno di assistenza a lungo termine, come ci insegna la Comunità europea e malgrado in Italia si continua a immaginare che non ci sia bisogno. C'è bisogno di tante cose, non abbiamo bisogno della parola «cronicità» perché la parola «cronicità» implica una situazione di stabilizzazione negativa che non esiste nella natura umana, non esiste in natura, nell'uomo.

Parlare di Fondo per l'autonomia possibile mi sembra alluda a questa possibilità sempre di intervenire in qualche modo per conservare, preservare, prevenire, raccogliere, sviluppare il valore «autonomia» piuttosto che sancire il valore «non autosufficienza», dal momento che siamo sempre tutti relativamente sani e relativamente malati.

Sempre attorno a queste questioni, penso che il problema dell'integra-

zione socio-sanitaria difficilmente farà dei passi in avanti in Italia, nonostante la 328, nonostante le leggi regionali, fino a quando non cambierà la cultura, il sistema, la logica, la professionalizzazione del sistema dei Comuni, ma fino a quando non cambierà la cultura, la logica, la professionalità, la professionalizzazione del sistema sanitario. Certamente c'è un problema, di aziendalizzazione dei servizi sociali dei Comuni. I servizi sociali dei Comuni continuano a essere gestiti e governati dentro un'ottica di proceduralità, dentro un'ottica di diritto amministrativo, di non finalizzazione del prodotto finale ecc., cioè al contrario di quello che è avvenuto almeno virtualmente nella sanità, e questo va cambiato profondamente.

Da un lato quindi occorre aziendalizzare il sistema degli ambiti comunali e il sistema dei servizi sociali comunali; ma contemporaneamente occorre che le aziende sanitarie sviluppino quella capacità di gestione che non ha corrispondenza univoca con la questione delle competenze e con la questione dei bilanci contabili.

Dobbiamo ricordarci che in alcune Regioni si erano attribuite alle aziende sanitarie i compiti di sviluppare anche le politiche sociali o quantomeno i servizi sociali e poi, a un certo punto, i Comuni si sono ripresi questi compiti. Di questa storia dobbiamo far tesoro. Perché i comuni si sono ripresi questi compiti? Probabilmente per motivi molto complessi, molto articolati e differenziati, ma anche perché le aziende sanitarie, proprio in questo loro percorso di aziendalizzazione, hanno volentieri dimenticato la vulnerabilità, la fragilità, i settori più esposti a rischio e hanno naturalmente cercato di fatto di spostare le risorse verso i settori forti, verso i ceti forti, verso le malattie forti, sottraendo risorse alle malattie a debole protezione. A un certo punto i Comuni, in questa situazione, si sono ripresi le funzioni. Oggi noi ripariamo di integrazione e dobbiamo ricordarci questo tipo di storie perché non possiamo continuamente ripetere gli stessi errori e continuamente non far tesoro della storia delle cose.

Quindi dobbiamo immaginarci che un'integrazione smetterà di essere un mito soltanto quando finalmente le aziende sanitarie riacquisteranno questa capacità di gestione complessa delle questioni e la smetteranno di seguire pedissequamente le versioni caricaturali dei processi di aziendalizzazione. Sono convinto della bontà del processo di aziendalizzazione sostanziale ma sono anche convinto della malagestione di questo processo di aziendalizzazione nella più parte d'Italia; cioè buone idee, buoni principi, ma come al solito in Italia siamo poi bravissimi a caricaturarli, stravolgerli e farli diventare pessimi risultati.

Dobbiamo poi avere chiare altre grandi questioni, se parliamo dei temi di cui parliamo oggi. L'altra questione drammatica che è stata posta stamattina, cioè i miliardi di euro di deficit della Regione Lazio, sono anche i miliardi di euro della Regione Campania, sono anche gli altrettanti della Regione Sicilia. Quindi noi parliamo di un futuro delle politiche sociali, parliamo di uno sviluppo delle politiche sociali, parliamo di un'intelligenza complessiva da ricercare ulteriormente nelle politiche sociali ma cerchiamo di non dimenticarci che oggi come oggi siamo di fronte al disastro più assoluto di queste politiche sociali grazie anche ai percorsi di devoluzione e di regionalizzazione estrema che si sono avviati in Italia su queste questioni.

Sono stato tre anni in Campania e sono venuto via disperato non perché non si potessero fare splendide cose in tempi anche molto più rapidi di quanto non si possano fare in Friuli-Venezia Giulia ma perché questa pazzia di voragine, di deficit di cui nessuno sembrava preoccuparsi a me lombardo sembrava troppo pazzo anche per me che, pur da psichiatra, ho sempre cercato di misurarmi da pari a pari con la follia.

Noi abbiamo di fronte questa situazione, cerchiamo di non dimenticarcela. Cerchiamo di non dimenticarci i dati sul deficit di queste Regioni, cerchiamo di non dimenticarci che è difficile avere una speranza rispetto a queste Regioni; e cerchiamo di non dimenticarci del fatto che una Regione come il Friuli-Venezia Giulia, in cui diventa uno scandalo pubblico, in cui tutti strillano se per caso alla fine dell'anno c'è un euro di deficit in sanità, un euro, rischia poi di trovarsi utile idiota in un sistema che viaggia su altri canali, su altri binari. Quindi, in qualche modo, le distorsioni le paghiamo tutti, ovviamente; ma paghiamo anche la distorsione, in qualche modo, del rigore del Friuli-Venezia Giulia, così come paghiamo tutti la distorsione dei conti senza conto di alcune altre Regioni.

Un'altra osservazione. È possibile mai che non sia mai evidente a tutti che le Regioni che hanno questi deficit enormi sono anche le Regioni dominate dal privato mercantile in sanità? È possibile mai che si debba ancora discutere che la privatizzazione in sanità potrebbe aiutarci a essere più efficienti quando abbiamo le prove provate che, laddove la privatizzazione si è espansa in modo notevolissimo, i deficit si sono espansi in modo notevolissimo? E non si dica che tanto in quelle Regioni non funziona niente, quindi certo anche la sanità non funziona. Quindi non sarebbe colpa della privatizzazione se non funzionano i conti. È esattamente il contrario, a mio parere: quelle Regioni oggi

non funzionano grazie alla privatizzazione della sanità che, mangiando risorse e creando clientele, creando poteri, costituisce l'impossibilità di cambiamento e determina l'impossibilità di cambiamento anche politico, culturale, gestionale delle istituzioni di quelle Regioni. Abbiamo le prove provate di tutto ciò, abbiamo i conti che ce lo dimostrano. Allora è possibile mai che ancora si debba discutere che forse la privatizzazione potrebbe consentire maggiore efficienza laddove non c'è?

Il Friuli-Venezia Giulia ha credo il più basso livello di privatizzazione in sanità e ha i conti perfettamente in equilibrio. Non c'è bisogno, grazie a dio, del privato mercantile per creare efficienza.

Altro flash. Dovremmo discutere ancora a lungo sul problema: dobbiamo dare i soldi alla gente o dobbiamo darle solo i servizi? È una bella discussione. È una bella discussione che nella Regione Friuli-Venezia Giulia si sta affrontando dicendo che bisogna darle tutte e due le cose; si sta affrontando dicendo che bisogna costruire finalmente un reddito di base per la cittadinanza come misura universalistica, come difesa minima quantomeno del reddito per tutti. Il che non significa ovviamente ridurre i servizi o non dover accompagnare questa misura universalistica con misure proattive e che aiutino, attraverso servizi e attraverso una gamma articolata di interventi, le persone a uscire dalle condizioni di bisogno. Ma oggi come oggi non si può più prescindere da una misura universalistica di protezione quantomeno minima al reddito degli individui, perché altrimenti la sanità stessa diventa ridicola. Mi vergogno di fare il direttore generale di un'azienda sanitaria che fa assistenza domiciliare infermieristica in modo abbastanza rilevante e manda i suoi infermieri in casa di gente che – non per fare demagogia – non mangerà per due giorni. Che cosa lo mando a fare il mio infermiere? Perché butto via i soldi della sanità a tentare di curare qualcuno che non ha neanche i soldi per accendere il riscaldamento. Qui non si tratta del fatto che l'integrazione è un bel principio per governare il mondo: l'integrazione è una necessità. Io ho dodicimila diabetici a Trieste.

Il problema dell'integrazione non riguarda mica soltanto i vecchi, i matti, i tossici, i più vulnerabili, gli handicappati, i disabili eccetera: il problema dell'integrazione riguarda ormai tutte le categorie oggetto di bisogno sanitario. Gli scompensati cardiaci, i diabetici credete che non abbiano bisogno di un complesso di servizi integrato? A cosa serve che io curi bene il diabetico se poi vive in quelle condizioni, e poi alla fine me lo ritrovo che gli devo tagliare un dito alla settimana?

Queste cose sono ormai sotto gli occhi di tutti, stanno nella letteratura, nella bibliografia internazionale, vengono dichiarate dall'Organiz-

zazione mondiale della sanità da vent'anni, vengono dichiarate da tutti, tutti le sanno; tutti le sanno meno i medici, tutti le sanno meno i primari, tutti le sanno meno le università e le facoltà di medicina. Allora noi dobbiamo ripartire da lì; noi dobbiamo ripartire da una professionalizzazione della sanità che non c'è, perché è vero quello che si diceva stamattina: «sono poteri forti e iper-professionalizzati», ma quale professionalità? Ma che professionalità ha un diabetologo che non ha gli strumenti, non è messo nelle condizioni di avere gli strumenti per occuparsi delle condizioni di vita del suo paziente? Che razza di professionalità è questa? Questa è una competenza separata, taylorizzata, ridicola. Non è professionalità: è un segmento di competenza assolutamente inefficace, assolutamente non in linea con il problema, non allineato con il problema. Quindi è un'incompetenza, è una iper-professionalizzazione, come si suol dire e come si è già detto molti anni fa, che segnala il massimo dell'incompetenza. Allora noi dobbiamo creare, noi però, queste condizioni. È la politica che deve creare queste condizioni, è l'amministrazione che deve creare le condizioni per cui il medico sia messo nelle condizioni e anche obbligato ma messo nelle condizioni, prima, di poter fare appieno il suo mestiere. Per poter fare appieno il suo mestiere, bisogna commissionargli la ri-appropriazione dell'oggetto complesso che è l'oggetto del suo lavoro.

Allora sì il sociale ricomparirà, ricomparirà per forza di cose. Ricomparirà perché è connotazione indispensabile, come lo è il reddito, come lo è la casa, come lo è l'integrazione di cui giustamente si diceva che non può essere solo integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, perché nulla sarebbe, ma un'integrazione complessiva di politiche sociali complessive. Per cui venga il giorno in cui vengano aboliti gli assessorati ai servizi sociali dei Comuni e finalmente ci sia un assessore al welfare nel Comune che si occupi di casa, di trasporti, di come fanno i bambini ad andare a scuola, di come si fa a dare i libri ai bambini e contemporaneamente si occupi di cosa mangiano i vecchietti e di come si fa a dargli da bere d'estate. Queste politiche di integrazione il Friuli-Venezia Giulia le sta tentando con una legge che ha varato il 7 aprile; le sta tentando cercando disperatamente di riuscire a scrivere un regolamento attorno al reddito di base e ci sta impiegando un po' di più del dovuto perché ha capito, forse dopo la legge, che era una roba molto complicata, che è molto difficile fare un regolamento di un reddito di base però ormai il sasso è lanciato, è irreversibile. E nel momento in cui questo regolamento faticosamente uscirà, quale che sia il tetto minimo, si dovranno ridefinire le politiche perché finalmente si saprà qual è il reddito vero di

tanta gente nel Friuli-Venezia Giulia, si saprà quali sono i veri poveri nel Friuli-Venezia Giulia, cosa che oggi non si sa se non per statistiche, per campioni, per intuizioni, per sondaggi. E si dovranno ridefinire tutte le altre politiche sociali a partire da questo, da questa misura basica; e si dovranno ridefinire tutte le altre risorse e tutte le altre questioni.

Allora c'è la possibilità di ricominciare a ricostruire questo. Stiamo cercando di farlo in Friuli a partire da questi elementi. Una 328 che parla di integrazione tra tutte le politiche sociali e non solo tra servizi sociali, ovviamente, e servizi sanitari; un reddito di base garantito per tutti che sia l'elemento da cui si parte per poi ricostruire tutti gli altri tipi di previdenze o tutti gli altri tipi di intervento avendo una base reale e una conoscenza reale dei territori; delle aziende sanitarie come quella che ho l'onore e l'onere di dirigere, che sta sviluppando da due anni una sperimentazione, su cui non vi annoio ma cerco di spiegare in tre parole, e credo che la capiate subito, per micro-aree, cioè una decina di quartieri micro, da un migliaio di abitanti l'uno, pezzi di quartiere con un migliaio di abitanti l'uno. Stiamo facendo quell'intervento sociale, plurale, globale, locale che si deve fare ovunque, quello che si dice integrato, d'accordo con il Comune, d'accordo col l'Ater, d'accordo con le altre agenzie del territorio, d'accordo con il terzo settore, su protocolli d'intesa. Su quei mille abitanti sforziamoci di realizzare quello che tutti diciamo da trent'anni che bisogna fare: tenere i vecchietti a casa loro, evitare ricoveri impropri, curare davvero i diabetici, impedire che i bambini vadano nelle comunità, riuscire a fare in modo che non ci sia l'abbandono scolastico piuttosto che vaccinare effettivamente contro l'influenza tutti quanti o fare tutte le altre cose che tutti ci predichiamo da quarant'anni e che si fanno qua e là fino a un certo punto.

In questa situazione di aggregazione tra tutti gli enti, stiamo sperimentando qualcosa che lì diventa scuola per gli operatori, perché le cose che la gente si è letta sui libri o che noi ci diciamo nei convegni da quarant'anni un conto è raccontarsele nei convegni e un conto è farle davvero. Nel momento in cui hai l'opportunità di farle davvero tutte, impari delle cose che sui libri le avevi già lette ma sul come si fa non aveva ancora imparato nessuno. Stiamo creando questi banchi di scuola, creando questo lavoro integrato plurale, globale e locale e pensiamo che da lì possa nascere una nuova generazione di operatori a cui non bisognerà spiegare che cos'è l'integrazione perché ti rideranno in faccia, perché l'avranno vissuta in concreto e ti guarderanno come uno che viene giù dalla luna se gli parli di qualcosa che loro avranno bevuto come il latte i bambini.

La Società della salute dell'area pisana. Caratteristiche e processo di governo del territorio

Carlo Macaluso

Cercherò di illustrare in questo mio contributo quale sia stata e sia l'esperienza della «Società della salute» e del lavoro fatto in una dozzina di anni in Toscana e a Pisa. Siamo partiti da una serie di riflessioni che ci hanno convinto dell'importanza di porre al centro la responsabilità di un coinvolgimento pieno delle amministrazioni comunali nelle problematiche riguardanti il benessere e la salute dei cittadini. Il punto di partenza è stato l'integrazione tra settore sociale e settore sanitario.

Nella figura 1 si evidenziano alcuni fenomeni:

- ♦ in alto a sinistra è rappresentata la variazione dal 2001 al 2025, in Toscana, della composizione dell'età nella popolazione con una netta tendenza all'aumento percentuale dei cittadini con un'età superiore ai 65 anni;
- ♦ in basso a sinistra, si nota l'andamento della spesa sanitaria ripartita nei vari settori (spesa per assistenza ospedaliera, per assistenza specialistica, per consumo di farmaci, per medicina di base) secondo l'età;
- ♦ in alto a destra, il grafico della diminuzione dei posti letto negli ospedali a seguito di diverse disposizioni legislative che si sono succedute negli ultimi venti anni;
- ♦ in basso a destra, viene proiettata nei prossimi trenta anni l'immagine dell'impegno complessivo della spesa sanitaria per la nostra Regione.

Siamo convinti e lo siamo sempre stati che, senza un pieno coinvolgimento delle amministrazioni comunali, le politiche regionali e la programmazione regionale nel settore sanitario avessero grosse difficoltà a procedere per risolvere, o per aiutare a risolvere, parti di questi problemi. Quali sono le ulteriori considerazioni che sono state fatte? Partendo dai *determinanti di salute*, è stato fatto un semplice ragionamento: quasi tutte le politiche che si trovano nella fascia percentualmente maggioritaria per quanto riguarda i determinanti di salute, sono politiche il cui governo è affidato alle amministrazioni locali. Appare evidente come un coinvolgimento pieno da parte delle amministrazioni locali sia indispensabile se si vuole, in maniera decisa, agire su quei determinanti di salute (figura 2).

Figura 1 - Alcuni dati regionali

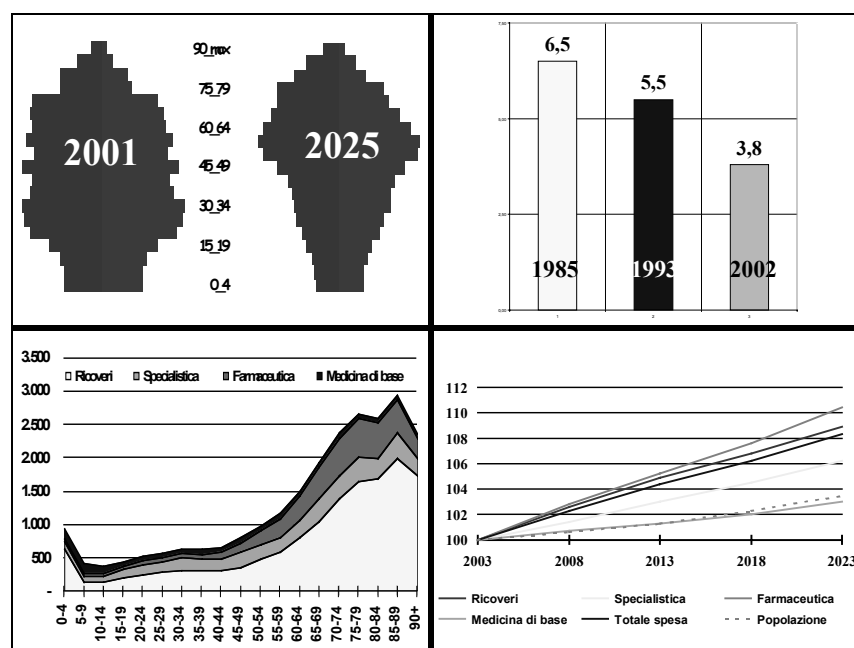
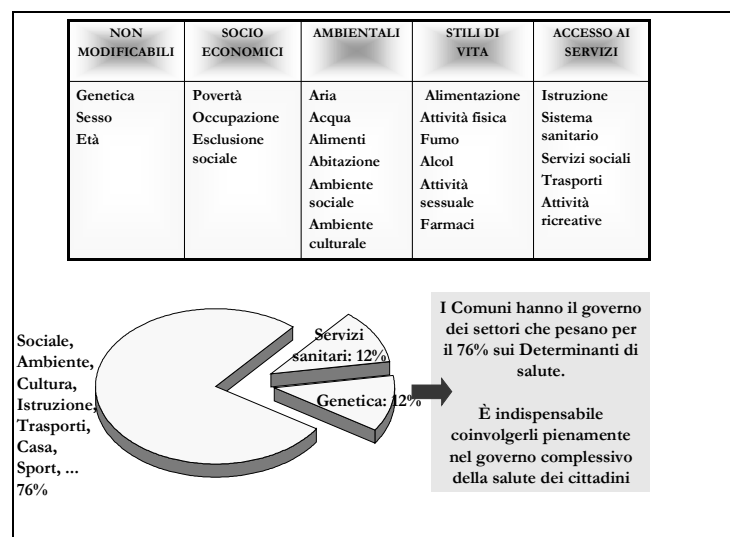


Figura 2 - Determinanti di salute



Nasce così la sperimentazione che abbiamo avviato nella zona socio-sanitaria pisana, prima con il Distretto integrato (2000), poi con la «Società della salute» (2004), un consorzio pubblico costituito dai nove Comuni della zona pisana e dall'azienda Asl. I principali motivi sono riportati nella figura 3:

- ♦ il decentramento del governo per quanto riguarda la parte sanitaria, perché naturalmente la parte sociale era già appannaggio dei Comuni e già negli anni precedenti si era passati da una forma isolata di governo, programmazione e gestione, da parte dei singoli Comuni ad una forma non solo associata ma, in tutta la fase di sperimentazione successiva, associata all'azienda Asl per quanto riguardava anche il settore socio-sanitario ad alta integrazione;
- ♦ l'integrazione di soggetti e politiche per il benessere, quindi collegata non solo al settore sanitario, ma anche ad altri settori che accanto a quello sono balzati in primo piano, come quelli relativi a casa e lavoro. Sarebbe assurdo non trovare una collaborazione con le politiche occupazionali, appannaggio della Provincia, e con quelle residenziali, appannaggio di altri assessorati dei Comuni.
- ♦ l'azione sui determinanti di salute, per i motivi già ricordati, che sono competenze e governo assegnato ai Comuni.

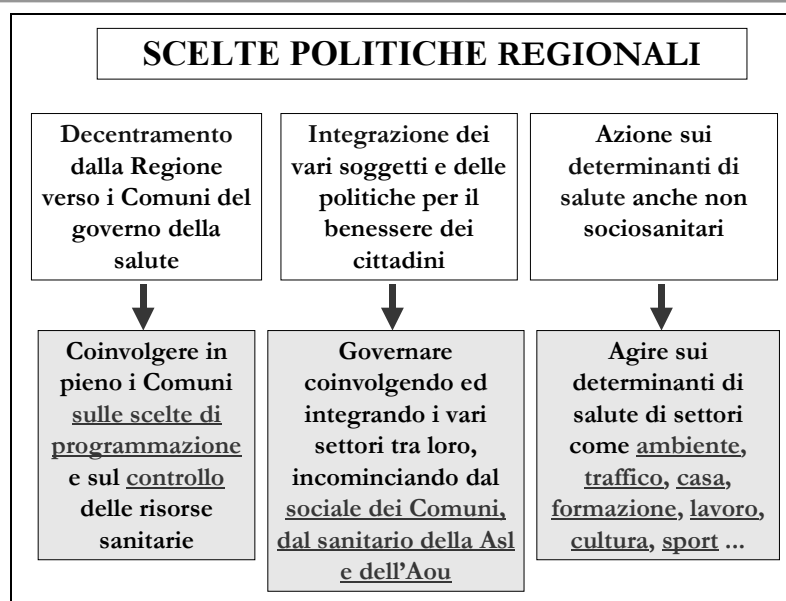
Figura 3 - Scelte politiche e scopi del consorzio Società della salute



Cosa vogliono dire queste tre scelte politiche che costituiscono i pilastri della Società della salute?

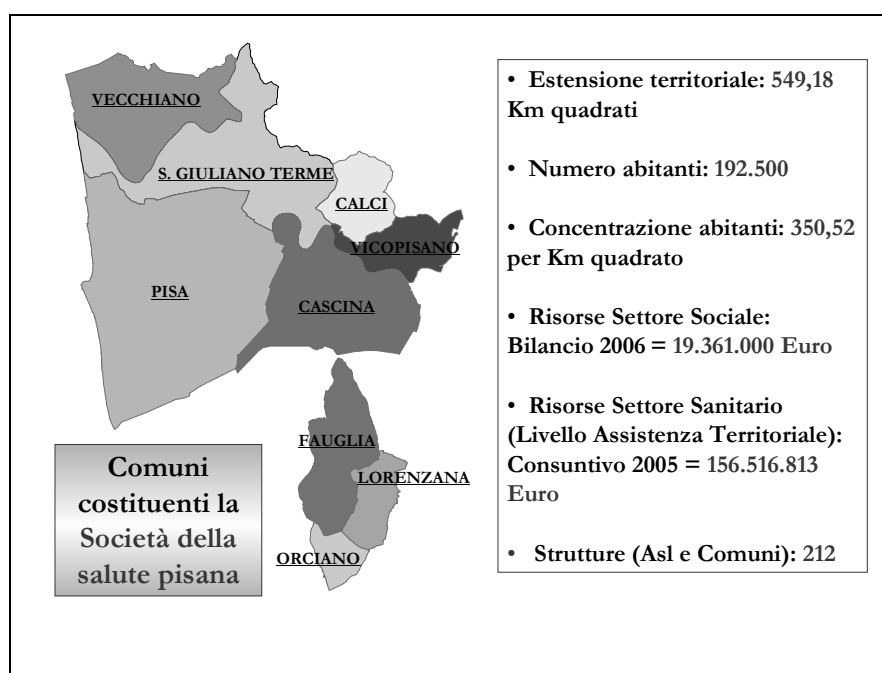
- ♦ Decentramento: dopo una prima fase, in cui si parlava solo di decentramento ai Comuni della programmazione e del controllo nel settore sanitario, dalla ultima delibera regionale del luglio 2006, si parla di governo reale da parte dei Comuni, attraverso la Società della salute, sulla destinazione delle risorse in ambito sanitario.
- ♦ Integrazione: si è iniziato dall'integrazione più semplice, il sociale dei vari Comuni con la parte sanitaria dell'azienda Asl. Essenziale è stata anche l'integrazione con l'azienda ospedaliera universitaria; non avendo nella nostra zona ospedali gestiti dalla Usl, il nostro ospedale di riferimento per le patologie di base è l'azienda autonoma. Con l'azienda ospedaliera sono stati realizzati progetti comuni sull'assistenza territoriale per alcune forme di patologie con il 50% di risorse della Asl e l'altro 50% dell'azienda ospedaliera.
- ♦ Determinanti di salute: è un campo di lavoro della Società della salute. Sono stati realizzati, fino a questo momento, progetti in stretta collaborazione con vari settori dei Comuni e della Provincia, che riguardano l'ambiente, il traffico, la formazione, la casa e il lavoro (figura 4).

Figura 4 - Scelte politiche regionali



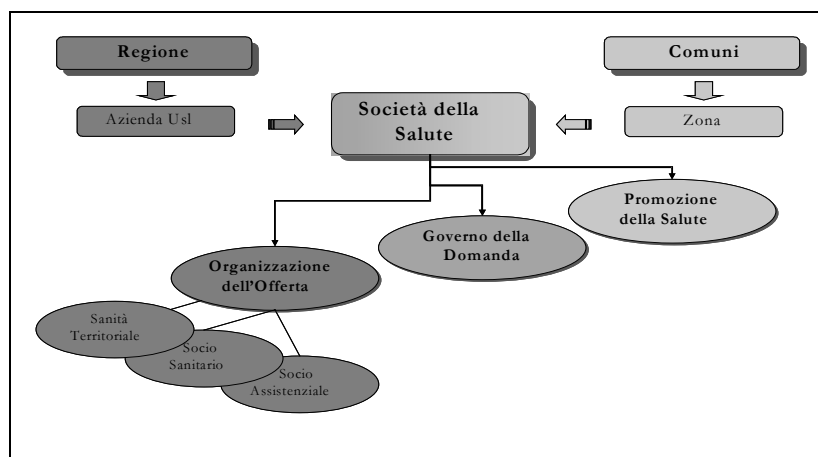
La zona socio-sanitaria pisana è rappresentata nei suoi dati essenziali in figura 5. Vengono riportati i dati relativi al bilancio sociale e al bilancio del settore sanitario, rappresentato per la sola componente riguardante l'assistenza sanitaria territoriale; non vi è incluso il livello dell'assistenza ospedaliera, né quello della prevenzione. Si legge anche il numero di strutture oggi esistenti sul territorio, frutto di un lavoro di dodici anni che, come verrà spiegato più avanti, va di pari passo con l'aumento costante della percentuale di assorbimento di risorse da parte dell'assistenza territoriale a discapito di quella ospedaliera.

Figura 5 - Dati sulla Società della salute pisana



La figura 6 illustra il *campo di lavoro* oggettivo della Società della salute, che agisce sulla promozione della salute, sul governo della domanda e anche sull'organizzazione dell'offerta. I due filoni che si vedono ai due lati sono, da una parte, la sua costituzione, i Comuni, la zona, che nel caso di quella pisana combacia già da anni con il distretto socio-sanitario, e dall'altra, la Regione attraverso le aziende. L'azienda Asl, con il suo direttore, è uno dei componenti della giunta della Società della salute di Pisa.

Figura 6 - Corresponsabilità e campi di lavoro della Società della salute



L'assetto di base è quello già in parte descritto: da una parte la giunta, che è formata dai sindaci o, come in questo caso, dagli assessori delegati dei Comuni della zona e dal direttore generale. Il direttore della Società della salute ha le funzioni direzionali e le funzioni della Società della salute sono di programmazione e gestione di tutte le attività socioassistenziali, assistenziali e sanitarie territoriali e specialistiche di base; essa attua gli accordi con i presidi ospedalieri, nel caso nostro, con l'azienda ospedaliera, definisce l'erogazione, l'accesso, la compartecipazione e le modalità di partecipazione dei Comuni. Noi abbiamo una quota capitaria che è uguale, per quanto riguarda il sociale, per tutti i Comuni della zona pisana. Questo proprio per rendere, in qualche modo, concreto quello che prima si affermava: creare nella nostra zona, anche se piccola come numero di abitanti, una stessa opportunità per tutti i cittadini. È evidente che esistono delle forme di compensazione tra Comune e Comune; ad esempio, i nostri tre Comuni montani, che sono tutti al di sotto dei tremila abitanti, avrebbero dei grossi problemi a garantire, senza i Comuni più forti, lo stesso tipo di assistenza.

Il processo di governo della Società della salute di Pisa procede in questo modo. La Regione distribuisce il fondo sanitario secondo quota capitaria pesata alle aziende sanitarie locali. L'azienda presenta alla conferenza dei sindaci della Asl una proposta di bilancio, suddiviso in tanti bilanci per quante zone in cui essa è ripartita. La conferen-

za dei sindaci la approva apportando, se lo ritiene opportuno, le eventuali modifiche. I singoli bilanci di zona, che costituiscono il bilancio preventivo approvato, vengono assegnati alle singole zone socio-sanitarie/Società della salute. La Asl di Pisa ha tre zone: la conferenza dei sindaci nel momento in cui approva il bilancio, sa perfettamente quali risorse sanitarie saranno assegnate ad ogni zona.

Queste risorse entrano nel cosiddetto bilancio virtuale. La Società della salute, attraverso il suo Piano integrato di salute, indica le attività e le relative risorse assegnate. Il direttore della Società della salute fa la contrattazione di budget, che viene approvato dalla giunta della Sds e inviato alla Asl per la gestione.

Il Piano integrato di salute nient'altro è che la programmazione integrata di tutte le politiche sociali e sanitarie e anche delle interconnessioni necessarie con gli altri settori, cui accennavo prima. È la promozione dello sviluppo della salute della comunità nella sua interezza; è la partecipazione diretta e immediata, individuale e collettiva, dei cittadini.

Abbiamo, nella Regione, due sistemi di programmazione. Uno è il livello regionale, che è il Piano sanitario regionale che riguarda tutta la Toscana, dove vengono definiti degli obiettivi e le azioni necessarie; l'altro, a livello di zona socio-sanitaria, sia dove sono costituite le Società della salute che dove non lo sono¹, è il piano integrato di salute.

Le due funzioni fondamentali del piano integrato di salute sono:

- quella della programmazione attuativa, quindi delle attività che afferiscono alla sanità territoriale, socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- quella dello sviluppo della salute nella comunità, inteso come coinvolgimento, su specifici programmi di salute, di tutti gli altri settori interessati alla salute e al benessere.

Le azioni su cui si basa il Piano integrato di salute sono riportate in figura 7.

Si è lavorato per più di un anno ad un lavoro preparatorio. Tutta la prima parte del piano integrato di salute è dedicata a una fotografia dello stato di salute, cioè quello che è, da una parte, il profilo di salute e, dall'altra, l'immagine di salute, che riguarda non solo i dati classici che siamo ormai abituati a vedere per quanto riguarda le relazioni sanitarie, ma anche gli aspetti che riguardano le attività e i settori che hanno rilevanza nella costruzione del benessere dei cittadini (dati ambientali, statistici, sull'accesso ai servizi, le abitazioni, la composizione delle famiglie, ecc.).

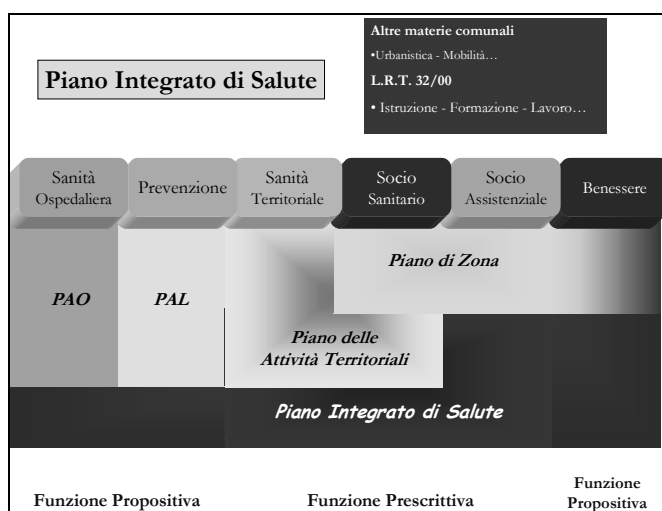
¹ Essendo le Società della salute un consorzio pubblico sperimentale, non è detto che esse siano presenti in tutte le zone sociosanitarie della Toscana.

Figura 7 - Le azioni del Piano integrato di salute



Poi vi è una fase, che è quella della programmazione istituzionale, che vede coinvolti direttamente la giunta, i sindaci e la Asl; e una fase della programmazione attuativa che vede invece più interessati i responsabili ai vari livelli della Asl e dei Comuni e il terzo settore, oltre che i medici di medicina generale (figura 8).

Figura 8 - Soggetti coinvolti e responsabilità attribuite nel Piano integrato di Salute



Sono coinvolti nel sistema della programmazione, quindi, le associazioni dei cittadini, un numero considerevole di istituzioni, le associazioni di categoria dei lavoratori e pensionati, le associazioni di volontariato, le aziende pubbliche e private, le circoscrizioni, i vari consigli comunali (il bilancio e il piano integrato di salute ogni anno vengono discussi e approfonditi non solo nelle commissioni ma anche in tutti e nove i consigli comunali della zona), gli istituti scolastici e di formazione, le associazioni professionali e le associazioni di promozione sociale, oltre che vari altri enti.

Sono essenziali i vari tavoli di settore. Esistono nove tavoli che riuniscono le diverse componenti tecniche del sistema territoriale e che coinvolgono, nei loro lavori, un numero considerevole di persone e tecnici della pubblica amministrazione e delle organizzazioni del terzo settore.

Questa è la strada che abbiamo percorso per arrivare ad un piano unico che ha fatto convergere i vari soggetti anche attraverso operazioni o processi diversi tra loro. Siamo legati alle associazioni, al terzo settore in genere, da un patto: il patto della Società della salute. I vari soggetti che hanno aderito, hanno sottoscritto con noi questo patto e fanno parte ormai integrante della Società della salute.

Con altri, ad esempio le aziende ospedaliere, è stato realizzato un accordo di programma che prevede una serie di impegni di realizzazione di attività sul territorio, ad esempio da parte degli specialisti dell'azienda ospedaliera che si spostano nei vari presidi della provincia.

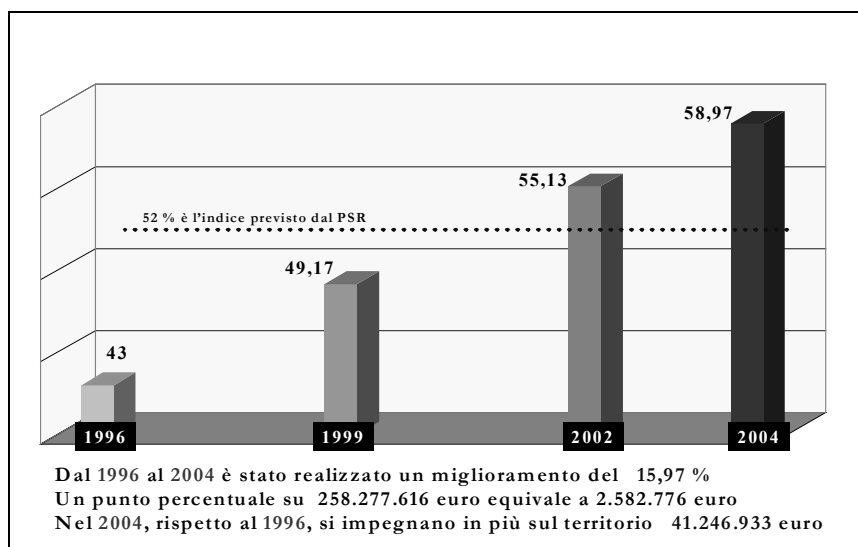
Questa è l'azione che è stata svolta almeno dal '96, attraverso le varie fasi che ci hanno interessato, e i risultati. Nella figura 9 viene riportato l'indice di assorbimento, in percentuale, del livello dell'assistenza territoriale sul complesso delle risorse.

Tutto ciò non ha determinato un abbassamento dei livelli assistenziali per quanto riguarda l'azienda ospedaliera, anzi è aumentato l'indice di attrazione all'esterno e vi è stata una diminuzione delle liste d'attesa per un notevole numero di patologie.

Attualmente la situazione in Toscana è di diciannove zone su trentaquattro interessate dalla sperimentazione. Sono centosessantotto Comuni, per una popolazione di due milioni di abitanti, che rappresenta quasi il 60% della Toscana.

Alcuni risultati, in particolare e a titolo esemplificativo dei tassi di ospedalizzazione e andamento dei ricoveri vengono illustrati nelle figure 10 e 11.

*Figura 9 - Impegno percentuale di risorse nella assistenza sanitaria territoriale.
Anni 1996-2004*



*Figura 10 - Tassi di ospedalizzazione generale, ricoveri ordinari e day-hospital
per 1.000 abitanti*

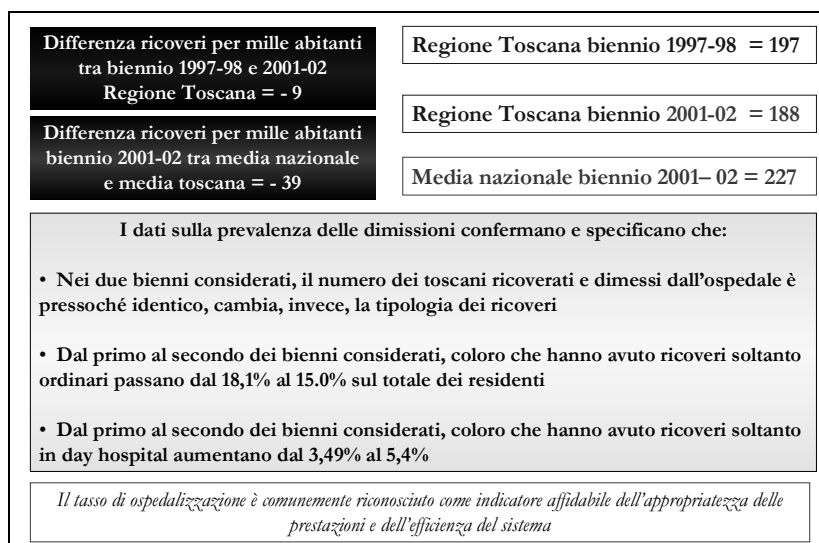
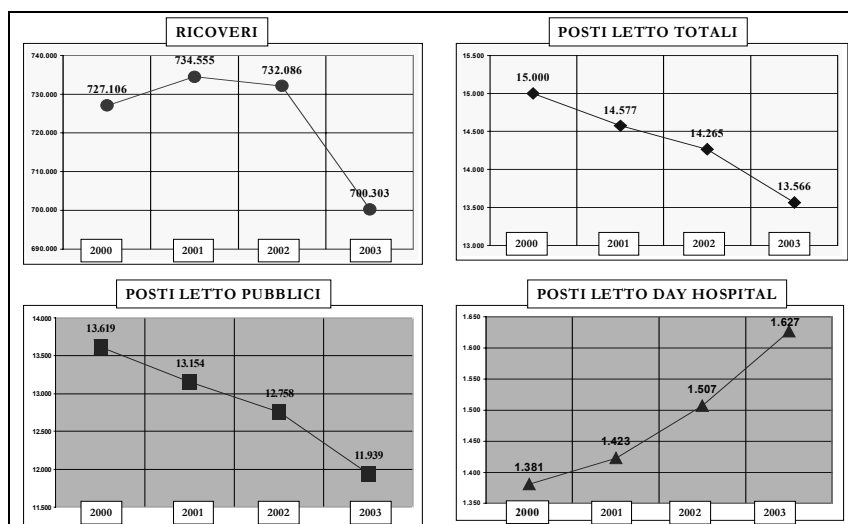


Figura 11 - Andamento dei ricoveri e dei posti letto in Toscana.
Anni 2000-2003



È evidente l'impegno assunto per l'abbattimento del numero dei ricoveri e dei posti letto totali. A questa diminuzione corrisponde il consistente aumento di riconversione sul *day-hospital* e *day-surgery*.

Con la Società della salute, si pone al centro di questo nuovo modello il medico di medicina generale, una sua responsabilizzazione e una sua azione di filtro che si riflette sull'interezza della spesa, della quota pro capite sanitaria.

Tutto ciò sarebbe stato impossibile in Toscana, così come è stato problematico in molte altre Regioni, senza un reale coinvolgimento e una stretta collaborazione con il livello di governo comunale.

IV Sessione - Riferimenti bibliografici

RPS

- de Leonardis O., 2006, *Social Capital and Health, Research Findings and Question on a Modern Public Health Perspective*, «European Journal of Social Quality», n. 2.
- Donolo C., (a cura di), *Manuale operativo per l'integrazione delle politiche sociali locali*, progetto Equal It-G-Pug-110, La Sapienza University Press, 2005 scaricabile dal sito www.elpendu.it.
- Rotelli F., 2004, *Nodi del Welfare sociosanitario in Friuli Venezia Giulia*, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, www.exclusion.net.

«INTERSESSIONE»

Riflessioni e valutazioni
del mondo sindacale e politico

Paolo Ferrero

ministro della Solidarietà sociale

RPS

Ringrazio innanzitutto per l'invito a contribuire a questo Forum. Mi pare che in questa sede siano emerse alcune problematiche, su cui vorrei provare a ragionare.

Oltre a rilevare alcune criticità relative ad un discorso di organizzazione, mi preme porre l'attenzione principalmente su un nodo specifico, che è quello dei livelli essenziali di assistenza, riferito, in particolare, alla questione della non autosufficienza, volendo dar conto non solo di una impostazione culturale, ma anche di una impostazione di carattere politico, che dovrebbe vedere l'avvio di un percorso ai fini della sua attuazione nei prossimi mesi.

Parto da un elemento di valutazione della situazione attuale. A me pare del tutto evidente che – concordando con i giudizi dati – il terreno sociale sia molto meno presidiato dal punto di vista costituzionale rispetto a quello sanitario. Storicamente abbiamo avuto nel paese un fortissimo differenziale del livello dei servizi.

La legge 328/2000 ha rappresentato un salto di qualità nell'assunzione della questione sociale come tema importante ma, a distanza di qualche anno, dobbiamo analizzare laicamente gli elementi di criticità affrontando e superando le problematiche emerse e rimaste irrisolte.

Tra i nodi da sciogliere, a me pare fondamentale quello della esigibilità dei diritti sociali; tutti i passaggi sinora compiuti per rendere esigibili questi diritti, o parte di essi, sono naufragati di fronte al problema delle risorse, sia nella loro dimensione (l'entità della spesa) sia nella loro difficoltà di contabilizzazione (quanto effettivamente costa garantire quel diritto?). Per garantire questa effettiva esigibilità dei diritti occorre fare i conti con la gracilità del sistema dei servizi in vaste aree del paese. Le differenze interne al paese – differenze che la modifica del Titolo V della Costituzione non ha certo contribuito a migliorare – costituiscono infatti il problema da cui partire per cercare di uniformare i diritti su tutto il territorio. In questo contesto, grande rilievo ha il tema della capacità da parte dei servizi di prendere in carico in modo completo l'utente, cosa che mi sembra in larghissima parte non realizzata. In più di una occasione ci troviamo dinnanzi a servizi che prendono in carico le singole patologie e segmentano l'utente, che de-

ve passare da un luogo all'altro, senza che gli stessi servizi comunichino tra loro. In tale situazione non è impossibile che ad una stessa persona capiti di essere presa in carico da due o tre diversi «servizi» senza che gli stessi siano in grado di coordinarsi, con il rischio, soprattutto per i soggetti più deboli, di non essere in grado di gestire diversi contesti e di non essere assunti nella loro integrità di persona. Questo quadro è stato peggiorato dalle politiche praticate in questi ultimi anni dal Governo Berlusconi, sia attraverso il taglio del Fondo delle politiche sociali che attraverso le spinte molto forti verso la privatizzazione dei servizi.

In questo quadro l'obiettivo centrale è quello di definire i Livelli essenziali di assistenza a livello nazionale, di definire quindi risorse certe e programmate negli anni al fine di costruire una presa in carico delle persone e di definire quindi una individualizzazione dei servizi reali.

A tale proposito, prima veniva detto che, dal punto di vista degli effetti che determinano, i trasferimenti monetari hanno una valenza assai minore rispetto alla costruzione di una rete di servizi. Si tratta di una affermazione corretta, che ritengo però necessario accompagnare con una considerazione: in assenza di aumento delle risorse disponibili, considero impossibile e quindi sbagliato mettere mano ai trasferimenti monetari erogati centralmente oggi in essere. Qualsiasi azione di riordino degli assegni di accompagnamento e di ogni altro emolumento, deve prevedere un aumento della spesa sociale pena l'essere socialmente incomprensibile e quindi sbagliata. Dobbiamo assicurare la sicurezza sociale e non aumentare l'insicurezza dei soggetti deboli.

Dopo aver fatto questa considerazione di «realismo conservatore», voglio però sottolineare come la costruzione della rete dei servizi sia il punto strategico su cui muoversi perché questi settori – tanto quello sanitario quanto quello sociale – sono proprio settori in cui l'elemento del mercato non funziona.

Dico questo non per una ragione ideologica, ma perché credo che in alcuni settori il mercato sia in grado effettivamente di allocare correttamente le risorse e di far funzionare le relazioni sociali, mentre nei settori sanitario e sociale questo non è vero.

Consideriamo il settore sanitario, che è quello in cui è più palese la cosa: il fatto che il bisogno di salute si trasformi in prestazioni sanitarie (perché questo produce il mercato: non produce salute, produce prestazioni sanitarie), provoca una deformazione, per cui non è detto che l'aumento di prestazioni sanitarie corrisponda ad un miglioramento dello stato di salute della popolazione.

L'esempio che io faccio sempre è quello della clinica Galeazzi di Mi-

lano: quando ci fu il rogo della camera iperbarica, si scoprì che una sola clinica privata di Milano, il Galeazzi appunto, forniva trentamila trattamenti di camera iperbarica all'anno, mentre nella regione Piemonte, in tutta la regione Piemonte, se ne fornivano ottomila in un anno. Questo vuol dire che il privato in sanità ha interesse ad aumentare il numero di prestazioni sanitarie, ma non è per nulla detto che questo coincida con un miglioramento della salute delle persone.

Per questo, penso, che il mercato, in un settore come quello della sanità e tanto più dell'assistenza e del sociale, non è un buon meccanismo per rispondere al bisogno sociale. Ed è ancora per questo, che credo che bisognerebbe aprire una riflessione seria sul superamento dei Drg (*Diagnosis related groups*), oggi elemento fondante del sistema della ripartizione delle risorse nel sistema sanitario nazionale; una cosa è usare i Drg per analizzare i costi e altra cosa è che questo sia l'elemento che guida la modalità in cui le risorse vengono ripartite.

Come mai la prevenzione non riesce mai a crescere realmente? Perché il sistema non riconosce la prevenzione come un suo primario interesse? Parlo del sistema di finanziamento, perché quello che per noi sarebbe un risparmio sul piano complessivo – a spesa maggiore per prevenzione corrisponderebbe spesa minore per cure – non appare tale alla attuale modalità di finanziamento del sistema, che continua a ritenere che avere il Drg più complesso (l'appendicite sempre in peritonite, il parto tendenzialmente sempre con taglio cesareo e avanti così) sia più conveniente che investire proprio in prevenzione.

Penso che su questo tema bisognerebbe riflettere; non per tornare a meccanismi del rimborso a piè di lista, ma perché credo che, con una entità di spesa come quella sanitaria, sia necessario costruire un sistema che effettivamente individui nella prevenzione (nell'ospedalizzazione a domicilio e non nel ricovero) la direzione di marcia del sistema.

Tornando al campo sociale, penso che i meccanismi di mercato non funzionano anche perché vi è una palese asimmetria informativa che impedisce ai soggetti in carne ed ossa di essere in grado di scegliere il miglior tipo di servizio. Volendo acquistare una automobile, possiamo avere tutte le informazioni necessarie per fare una buona scelta; io non credo che i soggetti «deboli», che sono quelli a cui sono rivolti i servizi sociali, siano generalmente in grado di fare una ricerca sul mercato in merito a quale possa essere il servizio migliore. Mio padre è rimasto paralizzato per cinque anni, mia madre ora ha quasi ottant'anni. Parlo quindi per esperienza personale e sfido chiunque a dire che le persone anziane sono in grado di andare a scegliersi sul mercato

la proposta migliore con cui affrontare i loro problemi. Questa considerazione è utile per dire una cosa: a mio parere, il problema non è il modo in cui sono gestiti i servizi: pubblico o privato sociale; il vero problema è nel tipo di relazione che c'è tra i soggetti, tra gli utenti, tra i cittadini e il servizio.

Occuparsi di questo, io credo, deve rimanere compito del pubblico, anzi tornare ad essere compito del pubblico in modo totale. Poi, per come il pubblico possa erogare i servizi, si può aprire una discussione, possono essere esaminati mille modi e questo, francamente, mi sembra un aspetto secondario; è la relazione tra il bisogno, il soggetto portatore del bisogno e chi ha il compito di soddisfare questo bisogno, che deve essere fissata come valore pubblico prioritario, altrimenti si rischia di muoversi su un terreno che non offre soluzioni.

Prima di entrare nel merito di quella che è la sfida principale per il mio ministero, i Lea, voglio sottolineare un elemento. Nella legge finanziaria, sulla povertà reale non è stato disposto quasi nulla; è vero che l'aumento degli assegni familiari può essere inteso come qualcosa a favore della povertà, in quanto le famiglie numerose rientrano nelle fasce più a rischio sulla povertà, ma è del tutto evidente che per chi non ha il lavoro, cioè le fasce realmente più deboli, la legge finanziaria sostanzialmente non ha previsto alcun sostegno.

Sono del tutto chiare le condizioni in cui abbiamo predisposto la Finanziaria, ed è altrettanto chiaro che nel 2007 si dovranno costruire i percorsi affinché, per il prossimo anno e ragionando nei tempi dovuti, si intervenga sulla povertà, in particolare su temi come quello del reddito minimo di inserimento e sul rapporto tra trasferimenti monetari e servizi.

Vero è che rispetto allo scorso anno il Fondo per le politiche sociali ora sostanzialmente è più che raddoppiato, ma è ancora troppo poco. Noi dovremmo usare il 2007 per costruire, in modo condiviso, una politica per poter realizzare un intervento molto netto proprio sulla povertà, a partire dalla casa e dai minori.

Sulla questione che costituisce la vera sfida per il Ministero, e cioè la fissazione dei Lea su tutto il territorio nazionale, penso sia necessario avere un approccio deciso ma gradualista. Occorre cioè fissare in forma delimitata, dei diritti certi ed esigibili. Dico «anche se in forma delimitata», perché è evidente che pensare di attivare da subito servizi su tutto il territorio nazionale per livelli essenziali di assistenza sociale seri, richiederebbe una tale quantità di risorse finanziarie e di tempo da rendere inattuabile l'obiettivo. Quindi, credo che l'unico percorso possibile, per la quantità di risorse disponibili e per il tempo necessa-

rio a costruire la rete di servizi, sia quello graduale; precisando, però, che i minimi obiettivi oggi possibili non debbono, poi, identificarsi come i livelli essenziali di assistenza.

Che cosa voglio dire? Parliamo nel concreto della non autosufficienza: la legge finanziaria ha stanziato per questo anno cento milioni di euro. Entro il 2007, noi dobbiamo definire con una norma come verranno spese queste risorse. Abbiamo, in tal senso, la possibilità di fissare i livelli essenziali di assistenza. A tale proposito, penso ad un percorso che costruisca una legge che abbia degli stadi di avanzamento, in cui banalmente nel 2007 il livello essenziale di assistenza sulla non autosufficienza individuato è quello dell'apertura, in tutti i Comuni o in tutti i consorzi di Comuni, di un punto di accesso che permetta di prendere in carico i soggetti ritenuti titolari del diritto. Con cento milioni di euro di certo non si fa un grande salto nei servizi su tutto il territorio nazionale, ma si può lavorare per far sì che tutti i Comuni o i consorzi di Comuni siano in condizione di prendere in carico i soggetti non autosufficienti, per poter definire dal 2008 quale sia la platea di coloro che hanno diritto. A tale proposito, credo che bisognerà partire da una platea più ristretta, così come quella definita dal d.p.c.m., che individuava solo i soggetti più gravi.

È questa la nostra intenzione, fare cioè un percorso che fissi i Lea e preveda il loro raggiungimento nell'arco di quattro anni, entro il 2010. Questo richiede un forte aumento delle risorse presenti sul Fondo, pari attualmente a cento milioni di euro per l'anno in corso e a duecento milioni sia per il 2008 che per il 2009.

Pur consapevoli della esiguità delle risorse disponibili per il 2007, si può iniziare con una norma che determini il percorso in cui vengono utilizzate, per garantire i diritti esigibili, non solo le risorse del Fondo sulla non autosufficienza, ma anche le risorse rese disponibili dal Servizio sanitario nazionale, dai Comuni e dalle Regioni.

Non so se sono riuscito a rendere l'idea di questo percorso, il cui intento è provare a tenere assieme due elementi: il bisogno di definire i livelli essenziali di assistenza per poter decidere in modo mirato la destinazione delle risorse, e il tentativo, da questo punto di vista, di fare un'operazione che unifichi l'Italia, in quanto la pura ripartizione delle risorse tra le Regioni senza vincoli di destinazione d'uso, significherebbe mantenere uno stato di disuguaglianza, consentendo la compresenza di servizi eccellenti a fronte di altri casi in cui i servizi sono pressoché inesistenti.

Definire livelli essenziali risulta essere la chiave per poter fare un'operazione di riequilibrio. Il fatto che vengano raggiunti gradualmente è

la condizione per poter fare i conti con il nodo della costruzione dei servizi, che richiede tempo e risorse, che possono solo essere incrementate progressivamente.

La questione fondamentale è riuscire a fissare un punto fermo che possa essere incrementato e che possa banalmente permettere alla società civile di discutere con la politica sulla quantità di risorse che vanno destinate per garantire i diritti. Occorre evitare che questo confronto avvenga solo a livello comunale, perché questo è l'ultimo anello di una catena che non ha la possibilità di modificare radicalmente la quantità di risorse impegnate. Riuscire a fissare i livelli essenziali di assistenza su un punto limitato, piccolissimo, ma che definito nazionalmente, permette di avere l'interlocutore per poter discutere sul serio. Diciamola così: il mio obiettivo sarebbe di poter diventare controparte reale della società che chiede garanzia ai propri diritti sociali, a differenza di quanto accade oggi.

Penso che per riuscire a far questo, che – ripeto – è il massimo del gradualismo che io sono riuscito a individuare, sia necessario il coinvolgimento pieno del Ministero dell'Economia, perché appare evidente che la produzione delle norme deve essere accompagnata dal reperimento delle risorse. Credo che questo percorso debba andare di pari passo con la costruzione di un clima diverso nel paese, per poter iniziare a parlare della spesa sociale come di un prezioso investimento. Al raggiungimento di tale obiettivo concorre senza dubbio la politica, ma molto possono fare anche i corpi sociali intermedi, le associazioni, le riviste, a cui rivolgo il mio personale appello. In un paese in cui il degrado sociale si sta estendendo, occorre cominciare a dire che l'infrastrutturazione sociale, cioè la spesa sociale, non è assistenzialismo, non è qualcosa che viene dato affinché i politici portino a casa consenso e preferenze, ma valore fondante centrale decisivo per poter vedere crescere la società e l'economia.

Possiamo dire, infine, che il punto politico è la fissazione di diritti sul piano sociale, ma il problema è di natura culturale: bisogna prendere coscienza e poter affermare che la spesa sociale non è uno spreco, la spesa sociale è un investimento. Solo in tal modo si riuscirà a ricostruire dei legami sociali che permettono la vita civile e, nello stesso tempo, lo sviluppo delle attività economiche.

Vi ringrazio dell'invito e dell'attenzione, certo che se il problema di un governo progressista è quello di modificare concretamente lo stato di cose presenti, il mio compito di ministro è quello di individuare concretamente la strada per fare il maggior numero possibile di passi nella direzione giusta.

Mimmo Lucà

**presidente della commissione Affari sociali
della Camera dei deputati**

RPS

Vorrei esprimere qualche breve considerazione sulle tematiche introdotte in questa sede e sulle quali si è aperto un confronto, in qualità di presidente della Commissione Affari sociali della Camera, offrendo un punto di vista istituzionale relativamente al percorso da seguire.

Mi riferisco, in particolare, alla legge sulla non autosufficienza, in discussione nella Commissione da me presieduta, che proviene da un fallimento della legislatura precedente. L'onorevole Zanotti se ne era già occupata nella scorsa legislatura, e anche questa volta, si rischia di non farcela a causa dello scoglio della copertura finanziaria. Tale legge si basa sulla costituzione del Fondo per la non autosufficienza, ed è evidente che se tale fondo non viene istituito in misura adeguata, e quindi non sono disponibili le risorse necessarie per garantire un livello essenziale di servizi e di prestazioni, la legge non può essere approvata (l'intervento è stato svolto prima dell'approvazione della Legge finanziaria 2007 e dunque non considera quanto invece stabilito sul tema della non autosufficienza, *n.d.r.*).

Si è parlato molto di integrazione nelle politiche socio-sanitarie. L'Italia ne ha particolarmente bisogno perché si caratterizza in Europa per alcuni primati: la più bassa natalità; il più alto indice di invecchiamento della popolazione; il più basso indice di occupazione femminile; disuguaglianze crescenti per quanto riguarda lo sviluppo territoriale; dati preoccupanti sulla povertà e sull'esclusione sociale; notevoli difficoltà riguardo alla integrazione e alla inclusione progressiva della popolazione immigrata.

Tali problematiche sono imputabili a fattori di natura diversa, ma proprio per la loro complessità, sono affrontabili soltanto con l'azione convergente di politiche diversificate, cioè non soltanto politiche sociali ma anche del lavoro, della formazione, della casa, dell'istruzione, della salute e quant'altro. Il punto di forza è integrare, è creare un sistema.

Tutte queste politiche però, nel nostro paese, dedicano risorse ancora insufficienti alle famiglie con figli, e il riferimento non è solo alle erogazioni monetarie, in quanto elemento di criticità del nostro modello di protezione sociale. Se compariamo il nostro sistema a quello di altri

paesi europei, si evidenziano criticità nel campo dell'assistenza ai non autosufficienti, nella conciliazione tra lavoro e famiglia, nel contrasto delle povertà e dell'esclusione sociale.

In questi ambiti è necessario un investimento sulle politiche integrate, sulla costruzione di sistemi di promozione e non solo di tutele, di garanzie e di protezione. Abbiamo bisogno di risorse.

Naturalmente tutto questo deve essere compiuto in un contesto che abbia come riferimento la legge 328, almeno per quanto riguarda il comparto del sociale e quindi il suo rilancio. È evidente che questo può avvenire attraverso la ripresa del processo riformatore dal punto di vista dei provvedimenti e delle misure, ma anche attraverso un investimento maggiore di risorse e una riqualificazione di quelle che ci sono già.

A mio avviso, non si possono dare per scontate, a prescindere da un processo di riforma, tutte le risorse che vengono investite ed erogate, in particolare per quanto riguarda il comparto delle invalidità.

Ed è altrettanto evidente che non si può risolvere la questione immaginando, ad esempio, che il fondo per la non autosufficienza possa ridurre diritti acquisiti, utilizzando le risorse storicamente destinate a tale comparto per costituirne la dotazione, perché è chiaro che ci sarebbe una rivolta di tutti i soggetti fruitori. Ma non si può dimenticare che uno dei provvedimenti previsti dalla legge 328 era appunto il riordino delle invalidità.

Tale riordino non è stato attuato e per questo, credo, ci sono responsabilità nel governo precedente, ma ritengo anche che esistano difficoltà oggettive. È una materia molto delicata, perché sono coinvolte categorie, interessi, organizzazioni forti, ed esiste una consapevolezza del diritto molto diffusa nelle persone.

Tuttavia pongo il problema, ad esempio, dell'indennità di accompagnamento, che deve avere una sua finalizzazione, non può più essere soltanto una misura risarcitoria, e bisogna tenerne conto nella riorganizzazione delle prestazioni e dei servizi.

Voglio fare un altro esempio. Mi riferisco alle risorse consistenti che già oggi la sanità spende per la non autosufficienza. Sto pensando alle Residenze sanitarie e assistenziali (Rsa). Per i ricoverati nelle Rsa c'è una quota a carico del Servizio sanitario nazionale – un dato: in Lombardia, ad esempio, esistono 50.000 posti letto – e l'altra è a carico della persona, dei suoi familiari (la cosa è di dubbia legittimità) oppure dei servizi assistenziali dei Comuni. Se una parte di questi ricoverati o ricoverabili fosse progressivamente presa in carico dalle famiglie, se le

famiglie fossero maggiormente sostenute dai servizi territoriali o dall'assistenza domiciliare integrata, quella parte di quota sanitaria a carico del Servizio sanitario nazionale, verrebbe messa a disposizione dei servizi del territorio? Se si andasse nella direzione di ridurre progressivamente il contesto della istituzionalizzazione, del ricovero a tutti i costi e si cominciasse, invece, a sostenere le famiglie, le reti di solidarietà, i servizi del territorio, ritengo andrebbe comunque prevista una quota del fondo sanitario nazionale, altrimenti avrebbero ragione coloro che sostengono che il fondo per la non autosufficienza farebbe soltanto risparmiare la sanità, che scaricherebbe le sue responsabilità sul settore sociale.

Occorre, certamente, un carico di risorse aggiuntivo e un riordino di quelle esistenti. Ci sarà bisogno di un pizzico di coraggio, unitamente al consenso e alla concertazione, che in questo processo sono indispensabili. Il problema delle risorse non si può risolvere soltanto con provvedimenti legislativi. Su questo tema esiste una discussione politica piuttosto vivace all'interno del governo e della maggioranza, che è sotto gli occhi di tutti.

Ciò che mi preme sottolineare, a questo proposito, è che la Finanziaria ha un'impostazione che si fonda su tre parole chiave, risanamento, sviluppo ed equità sociale. Bisogna rimuovere l'idea che prima sarà affrontato il risanamento, poi lo sviluppo e da ultimo, se rimangono risorse, il settore sociale. Ritengo che con questa Finanziaria almeno questo rischio, per ora, si sia evitato; il problema è stato affrontato, non so se lo abbiamo fatto benissimo, ma abbiamo cercato di tenere insieme questi tre obiettivi.

Esiste l'esigenza di ridurre il deficit non solo per rispettare i «famigerati» parametri di Maastricht, per l'Europa e secondo il Patto di stabilità, ma soprattutto perché abbiamo bisogno di recuperare risorse da mettere a disposizione della crescita e della coesione sociale.

Incominciare a spostare una quota di risorse, che oggi sono invece impiegate per sostenere il debito pubblico, verso utilizzazioni di tipo sociale e per investimenti di innovazione del nostro sistema di protezione sociale è un processo indispensabile. Ed è assolutamente necessario incrementare il tasso di crescita del nostro paese, che deve avvicinarsi il più possibile al 2% del Pil.

Anche riguardo alla politica di redistribuzione esiste una pista: quella fiscale. Il contrasto all'evasione è stato affrontato in modo molto netto e rigoroso, e ciò ha provocato una dura reazione da parte di chi è stato colpito. Ma la redistribuzione non si può attuare soltanto con il

sistema fiscale, con il recupero dell'evasione e dell'economia sommersa. Bisogna percorrere anche una via sociale, attraverso processi di riforma che superino le disuguaglianze che tutti conosciamo.

Naturalmente, se si voleva soltanto seguire la prima pista, cioè il risanamento, una manovra finanziaria più contenuta sarebbe bastata. Avremmo raggiunto i parametri europei ma, naturalmente, non avremmo avviato lo sviluppo, né avremmo realizzato le politiche sociali. Non avremmo potuto garantire la sostenibilità finanziaria del Servizio sanitario nazionale, né rendere più sostenibile la chiusura dei bilanci regionali, ecc. Non ci sarebbero state, inoltre, risorse per il rinnovo dei contratti, né per il raddoppio del Fondo per le politiche sociali, né per riaprire i cantieri delle opere pubbliche, cioè non si sarebbe potuta fare l'operazione che si è fatta.

Il Ministero della Salute ha sottoscritto il Patto per la salute, con il Ministero dell'Economia e con le Regioni, che garantisce la sostenibilità della spesa ma anche un governo condiviso del Servizio sanitario nazionale. Io penso che questo modello di patto possa essere utilizzato anche per altri settori, come quello sociale. Penso, ad esempio, alla proposta suggerita dalla Fondazione Gorrieri e ripresa anche in questo dibattito, relativa al piano straordinario dei nidi, dei servizi socioeducativi, con risorse del fondo per le famiglie e del fondo per le politiche sociali. Se si fanno accordi di programma sul territorio con i Comuni, con le Regioni, con le Fondazioni bancarie, con le imprese si può mettere insieme una quantità di risorse che forse, nel triennio, ci darà la possibilità di incrementare dal 9,3% al 13%, 14% la copertura della domanda di posti da 0 a 3 anni nei nidi. Certo, non ci permette di arrivare al 33% dell'obiettivo di Lisbona, ma forse ci permette di fare un passo di avvicinamento significativo (90.000 posti in più).

Credo che un patto del governo con le Regioni e con i Comuni su questa questione, possa anche segnare un primo passo per definire livelli essenziali, per esempio, per la parte dei servizi socioeducativi. Bisogna riconoscere che non è possibile definire i livelli essenziali con un unico provvedimento di legge per tutto il comparto socio-assistenziale. Un approccio più concreto deve rispettare necessariamente una certa gradualità, una progressività.

Condivido l'opinione che esiste uno squilibrio tra la sanità e la cosiddetta «assistenza», per quanto riguarda la spesa e per quanto riguarda l'attenzione delle politiche pubbliche. Il problema è che ci troviamo di fronte ad una spesa storica consistente da parte della sanità, mentre abbiamo il problema di un investimento che ci permetta di avvicinare

le risorse disponibili alla spesa tendenziale del comparto sociale. Nel comparto della sanità i diritti non sono soltanto definiti, ma ci sono anche i livelli essenziali di assistenza. Non è vero, come qualcuno ha detto, che nella sanità si sia compiuto un percorso che ha ristretto progressivamente il campo delle prestazioni e dei servizi. Siamo passati da un sistema mutualistico, dove la garanzia delle prestazioni variava secondo le categorie, ad un sistema universalistico in cui esse sono garantite a tutti.

Nel settore sociale siamo ancora all'inizio, cioè non sono stati ancora definiti i livelli essenziali.

Altro punto importante è che oltre all'integrazione delle risorse, delle prestazioni e dei servizi, occorre attuare una integrazione dei governi, cioè dei soggetti che presidiano e che esercitano la responsabilità.

Vorrei non sfuggisse che, per quanto riguarda la sanità, i Comuni sono totalmente espropriati di funzioni e il governo del sistema è affidato alle Regioni e alle Aziende, anche dal punto di vista dei processi di *leadership* e di *governance*: i direttori generali, infatti, sono espressione delle Regioni. I Comuni sono totalmente estromessi. Il sistema integrato dei servizi sociali, previsto dalla l. 328, invece, ha nel Comune la cabina di regia, il cardine fondamentale. Questo è un problema, perché c'è un'asimmetria complicata da risolvere, e credo questo sia un punto che i legislatori debbono affrontare. È difficile realizzare una vera integrazione se si mantiene questa asimmetria radicale, questa differenziazione.

Credo non sfugga a nessuno che, da questo punto di vista, la suddivisione dei Ministeri non ha aiutato, perché ha prevalso una logica che va in senso opposto a quella con la quale noi avevamo concluso la legislatura in cui eravamo al governo: la legge Bassanini. Ha cominciato il centro-destra a separare la sanità dal welfare. La legge, infatti, prevedeva un unico ministero, che comprendeva il lavoro, la sanità, il sociale. Il Governo Berlusconi ha realizzato una prima divisione. Noi abbiamo fatto un passo ulteriore. La stessa polverizzazione dei fondi riguardanti il sociale in Finanziaria, il fondo per i servizi educativi, quello per i nidi, il fondo per la famiglia, il fondo per le politiche giovanili, il fondo per le pari opportunità, il fondo per la non autosufficienza, il fondo per l'integrazione degli immigrati regolari, segue questa logica. È evidente che la frammentazione rende più ardua l'integrazione e lo stesso meccanismo di erogazione delle risorse da quei fondi, perché prevede la concertazione dei diversi ministri sui decreti di riferimento.

Ancora un punto sulle politiche di sostegno alle responsabilità familiari. Voglio segnalare che si è avviata una politica che opera su tutte e quattro le direttrici su cui una politica familiare moderna deve operare: i servizi; le erogazioni monetarie a sostegno del reddito per le famiglie con figli (con riferimento alla numerosità della famiglia e inversamente proporzionale al reddito del nucleo); la conciliazione tra lavoro e famiglia; la politica fiscale.

Anche in questo campo, la legge finanziaria ha impegnato risorse consistenti – per quanto riguarda gli assegni familiari sono 1,4 miliardi di euro (cioè quasi 3 mila miliardi di vecchie lire) – e per le detrazioni, un miliardo e mezzo: in tutto sono 6 mila miliardi di vecchie lire per il sostegno al reddito. Si è puntato ad attuare una prima operazione di redistribuzione, per sostenere il reddito delle famiglie con una quota di «cuneo fiscale» che viene impiegato a beneficio delle famiglie e non delle imprese.

L'ultima questione, per tornare ancora sul tema della non autosufficienza. Abbiamo avviato l'esame della legge in Commissione. Siamo molto soddisfatti perché ci sarà il Fondo, e per gli impegni presi dal ministro Ferrero. Adesso stiamo discutendo su come fare la legge, sui contenuti del testo. Il ministro pensa ad una legge delega: il Consiglio dei ministri elabora una legge di delega al governo, che poi deve essere approvata dal Parlamento, per la costituzione del Fondo, la definizione degli eventuali livelli essenziali di assistenza, la gradualità di applicazione, ecc. Mi sembra una via realistica. Ne abbiamo discusso apertamente in Commissione e, nel corso di una seduta, il ministro ha ufficializzato la proposta. L'opposizione non sapeva bene come reagire, perché doveva ancora consultarsi. Ma poi non c'è stato un atteggiamento negativo. La maggioranza ha detto sì, a condizione che ci sia un minimo di concertazione, che il ministro, cioè, non venga in Commissione con la legge approvata a scatola chiusa. C'è l'esigenza di una discussione, anche preventiva.

Il punto è che se le risorse previste dalla Finanziaria 2007 si dovessero utilizzare, come è stato detto, soltanto per garantire che in ogni livello del territorio si realizzi la cosiddetta presa in carico delle persone non autosufficienti, si creerebbero delle aspettative alle quali si dovrebbero garantire le risposte conseguenti. Se si dovesse realizzare, come dice il ministro, la presa in carico, verificando i casi di coloro i quali avrebbero diritto alle prestazioni, sarebbe difficile poi non organizzare i servizi secondo la logica della esigibilità. Spero che il governo abbia questa consapevolezza, cioè che già dal 2008 bisogna costituire un Fondo per

la non autosufficienza in grado di corrispondere all'erogazione almeno di alcune prestazioni, con un qualche criterio di selettività: partiamo dalle famiglie più in difficoltà, partiamo con una selezione dei soggetti rispetto al reddito, partiamo dai territori. Decidiamo dei criteri di selettività. Si stabilisca il principio universalistico graduandolo nella sua attuazione con il principio della selettività. I servizi devono partire e se si vuole garantire che decollino, in un quadro di unitarietà, da Trapani a Messina, da Reggio Calabria a Milano, ecc., ci deve essere un criterio.

Ecco perché qui vedo un secondo motivo per cui è auspicabile realizzare un patto con le Regioni sul modello di quello della salute; un patto che verifichi anche se e come vengono impiegate e spese le risorse.

Quindi, d'accordo su progressività e gradualità: si può slittare di un anno con l'attivazione dei servizi, partendo adesso con la costituzione del Fondo, ma deve essere chiaro che per il 2008, i 200 milioni previsti dalla Finanziaria non solo sono insufficienti, ma sarebbero una «provocazione», perché nel frattempo avremmo fatto una legge che non potrebbe funzionare.

Credo che il ministro della Solidarietà sociale questa consapevolezza l'abbia, ma deve essere condivisa con altri ministri, in primis con quello dell'economia, il che significa un'assunzione di responsabilità da parte dell'intero governo.

Achille Passoni

segretario confederale della Cgil nazionale

RPS

Ritengo innanzitutto di dovermi soffermare su alcune questioni affrontate dal ministro Ferrero e che onestamente ho difficoltà a condividere.

In primo luogo, la questione del Fondo per le politiche sociali. Le risorse da trasferire alle Regioni nel 2007, rispetto a quelle trasferite nel 2006, sono sì aumentate – e noi abbiamo molto apprezzato – ma esclusivamente della quota tagliata l'anno scorso dal centro-destra. Il Fondo quindi è tornato alla cifra ripartita nel 2004. In sostanza, non c'è alcun investimento aggiuntivo da allora a tutto il 2007. E questo significa non ritenere le politiche sociali e il contrasto alla povertà priorità dell'iniziativa di governo del centro-sinistra. Converrà con me il ministro che è tutt'altro che una buona notizia.

Inoltre ritengo che la volontà di definire, come oggi ha chiaramente espresso il ministro, le prestazioni sociali anno per anno, secondo la disponibilità finanziaria, sia quanto di più illogico, oltre che iniquo, si possa attuare. Questa è stata proprio la politica del governo di centro-destra che è stata duramente contrastata – da noi del sindacato e da tutte le forze di centro-sinistra – perché imperniata non sull'universalismo, ma sulla subordinazione dei diritti alla finanza pubblica.

In questi anni, invece, si è cercato di costruire un'altra idea: quella di un nuovo welfare, della persona, imperniato sull'integrazione, che ha come obiettivo la crescita del benessere. Un welfare, quindi, che non può prescindere dalla definizione chiara dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Anzi, i Liveas sono la condizione per la costruzione di quel welfare.

Sinceramente, credo ci troviamo in presenza di una dicotomia della politica, da una parte le idee maturate in questi anni, all'interno di un fronte progressista assai ampio, e dall'altra la pratica di governo.

Vorrei sottolineare anche un altro elemento assai rilevante per il sindacato e che testimonia una difficoltà nei rapporti con il ministro. Se il governo di centro-destra si era caratterizzato per l'assoluta mancanza di confronto con il sindacato unitario, nella prospettiva di governo del centro-sinistra questo avrebbe dovuto essere il primo elemento di rottura, di cambio di rotta. E, infatti, è stata letta con favore la scelta

operata dal ministro di aprire due tavoli paralleli di confronto – uno con le Regioni e uno con i sindacati confederali – finalizzati innanzitutto alla definizione dei Liveas. Ma tutto si è bloccato al mese di luglio. E oggi, purtroppo, ne capisco le ragioni. La dicotomia di cui parlavo va, quindi, sanata.

Vorrei ora avanzare qualche riflessione, raccogliendo anche alcuni stimoli portati dai contributi del ministro e di Lucà.

In questi anni di governo di centro-destra – come Cgil ma anche come sindacato unitario – abbiamo lottato per difendere i diritti acquisiti delle persone e, nell'elaborare un'azione di contrasto all'idea neoliberista del governo, abbiamo provato anche a configurare una riforma del welfare. Abbiamo potuto riflettere sui vari aspetti del problema e, in particolare, su quali elementi di innovazione fossero necessari. Il tema dell'integrazione ci è parso e ci pare quello – certo insieme ad altri: penso al territorio e alla persona – che segna la svolta nella costruzione del welfare post-fordista. E questo tema – è emerso anche in questo dibattito – in questi anni è cresciuto parecchio, divenendo soprattutto un fatto culturale. Sono convinto, infatti, che la cultura dell'integrazione sia oggi – nella sinistra, ma, per la verità, anche in altre culture – patrimonio comune, un'idea condivisa sulla quale costruire politiche.

Parlare di integrazione significa anche ricomporre in un *unicum* le altre centralità a cui accennavo: da un lato, la principale, la persona, e dall'altro il territorio. Nel dibattito di oggi, stiamo affrontando l'ambito socio-sanitario, ma credo che il tema dell'integrazione travalichi questo confine, investa direttamente anche altri settori; penso, per esempio, al lavoro e alla formazione. La sfida vera è riuscire a tenere insieme la molteplicità dei nuovi bisogni che la società moderna impone. E qui emerge, con tutta la sua forza, la centralità della persona, vista nella sua complessità e la necessità che si affronti, in un quadro unitario, l'insieme dei problemi che producono stati di sofferenza.

Pensiamo al tema povertà. Non si possono attuare politiche di contrasto e di lotta alla povertà senza integrare le politiche sociali con quelle del lavoro e della formazione, altrimenti si fa mero assistenzialismo. L'esempio del reddito minimo di inserimento, discusso qui, è illuminante. Lo si deve immaginare – e il percorso di sperimentazione già avviato, anche rivisto e corretto, questo ci dice – solo dentro un'idea non assistenzialista di lotta alla povertà. E questo è possibile solo con politiche di integrazione capaci di mettere a sistema strutture e servizi che oggi sono assai separati e non comu-

nicanti: la formazione, le politiche attive del lavoro e quelle tradizionali di assistenza sociale.

Vorrei ora soffermarmi sul terreno del socio-sanitario in senso stretto. Il tema dell'integrazione, in questo campo, assume tante sfaccettature ma si declina in quattro grandi capitoli essenziali: l'integrazione istituzionale, l'integrazione organizzativa, l'integrazione finanziaria e l'integrazione comunitaria.

Inizio dall'integrazione istituzionale che è un punto di grande interesse, un punto centrale che trascina – o perlomeno dovrebbe trascinare – con sé anche l'assetto istituzionale del paese. Non è possibile che in questo paese le articolazioni di grandi servizi abbiano ancora oggi confini istituzionali diversi tra di loro, in cui le Asl non coincidono con altri bacini di servizi, come ad esempio i confini dei Comuni, le comunità montane, i distretti scolastici, ecc. È pensabile che il grande tema dell'associazionismo dei Comuni non venga affrontato con la necessaria forza e urgenza?

Parlare di integrazione istituzionale implica anche rivedere gli assetti delle responsabilità amministrative e politiche. In assoluta controtendenza rispetto alle riflessioni di oggi è sicuramente l'assetto del governo nazionale, che vede quattro ministeri intervenire, con competenze tutt'altro che chiare, sulle politiche socio-sanitarie; il quadro non migliora certo se analizziamo le Regioni o il sistema delle autonomie locali. Questo fa emergere con chiarezza la discrepanza tra la cultura prodotta in questi anni e la relativa traduzione in politica, in concreti assetti istituzionali.

Per quanto riguarda l'integrazione organizzativa, vorrei fare solo una breve riflessione, dato che il tema è stato abbondantemente approfondito nel corso del dibattito. Se la centralità di un welfare post-fordista è la persona nella sua complessità, è evidente che servizi del vecchio welfare fordista vanno resi compatibili con questa nuova realtà. Questo significa, innanzitutto, passare da una visione in cui la persona è costretta a piegarsi alle volontà – spesso vessatorie – delle strutture organizzative esistenti, ad un'altra, totalmente alternativa alla prima, in cui sono le strutture organizzative che si devono adattare alla persona. Su questo terreno – è giusto ricordarlo – alcuni passi in avanti sono stati fatti; l'integrazione organizzativa mostra qualche segno di avanzamento in più rispetto all'integrazione istituzionale. Ma, bisogna essere consapevoli, che se non si ricompone questa dicotomia, le scelte di carattere organizzativo, che in un dato momento possono anche essere andate autonomamente – per volontà di chi vi ope-

ra – più avanti della politica, alla fine torneranno indietro, perché la politica stessa farà prevalere la sua forza, il suo primato.

Se parliamo di integrazione finanziaria, questa, allo stesso modo di quella istituzionale, non c'è. C'è molto da fare ancora su questo terreno, anche alla luce delle novità che la Finanziaria introduce; e mi riferisco alla non autosufficienza. Se assumiamo che la non autosufficienza non significhi solo domiciliarietà allora, per esempio, gli assegni di accompagnamento devono rientrare all'interno del fondo e non al di fuori, invertendo così la rotta e introducendo forti elementi di equità, ad oggi sconosciuti. Ed è qui – secondo me – che si deve intervenire con il gradualismo di cui parlava il ministro, ovvero continuando a garantire gli strumenti e i servizi a disposizione delle persone che già ne usufruiscono e immaginandone di nuovi per chi in quella situazione si verrà a trovare domani. Gradualismo, quindi, inteso come processo lungo una nuova strada, senza con ciò azzerare l'esistente, ma avendo chiaro l'obiettivo cui si vuole tendere e come si interviene per realizzarlo.

Parlare di integrazione finanziaria, significa anche fuoriuscire dalla politica dei mille rivoli – figlia dell'assistenzialismo di antica memoria, ma tuttora difficile a morire.

Infine c'è l'integrazione comunitaria, ovvero quella che rappresenta il fronte nuovo della sussidiarietà, del terzo settore. Mi limito, oggi, a sottolinearne l'importanza per la costruzione di un nuovo welfare, soprattutto all'interno di uno schema di integrazione.

Concludendo su questo punto, se crediamo che siano queste tutte le declinazioni di un'idea di integrazione vera, allora dobbiamo trovare il minimo comune denominatore, gli strumenti che tengano insieme il tutto. Io sono convinto che si chiamino Liveas: penso che affiancare ai Lea i Liveas sia la strada da percorrere e dentro la quale costruire quei nuovi percorsi di integrazione e di welfare che mettano al centro la persona.

Sono consapevole della contraddizione che incontreremmo se definissimo i Liveas senza renderli immediatamente esigibili, ma sono convinto che le contraddizioni si possano governare. Noi siamo pronti a governarla. D'altra parte – come dicevo prima – credo che sarebbe una contraddizione ancor più grave immaginare di costruire i Liveas seconda le risorse a disposizione. E francamente, ritengo che questa contraddizione sia proprio impossibile da governare, per ragioni concettuali e di principio che vi sono note – e sulle quali abbiamo condotto una battaglia durissima contro il centro-destra – ma anche per-

ché questo paese ha bisogno di un quadro certo di diritti sociali universali. Allo stesso modo, non posso immaginare che si ipotizzino percorsi di costruzione di livelli essenziali riferiti alla non autosufficienza e di livelli essenziali – magari gli stessi, con lo stesso nome – per le politiche sociali di chi non è non autosufficiente. Lo sportello sociale deve essere fruibile da tutti; saranno poi, una volta presa in carico una persona, le strutture ad essere responsabili della personalizzazione dei diversi interventi. Ma non è pensabile che ci siano più canali di accesso, altrimenti non c'è integrazione.

Poi esiste il problema – come sottolineava prima di me Lucà – delle risorse. Se riusciremo, nel corso del 2007, a costruire una buona legge sulla non autosufficienza, sarà un grande risultato per il paese; ma poi dovrà essere anche applicata e bisognerà sapere dove si trovano le risorse per finanziarla. Quelle che sono stanziare in Finanziaria sono solo un segnale di volontà di costruzione di quello strumento; adesso è necessario definire, a partire dal 2008, quante risorse servono, e come si trovano, per rendere strutturale questo intervento. Quello che è attualmente stanziato non basta assolutamente. E poi penso che, una volta definito, quel miliardo che oggi viene stanziato per le politiche sociali debba essere utilizzato all'interno della cornice dei Liveas.

Il problema, quindi, – che, un giorno o l'altro, discuteremo al tavolo negoziale, come sindacati confederali con il ministro – è come si definisce un quadro complessivo dentro cui avere, da un lato, un sistema integrato dei livelli essenziali delle politiche sociali e una nuova legge sulla non autosufficienza e, dall'altro, lo stanziamento delle risorse necessarie.

Infine, ribadisco la mia ferma convinzione, che dal punto di vista culturale siamo molto avanti, nonostante abbiamo ancora un pezzo di strada da fare sui confini dell'integrazione oltre il socio-sanitario. Nella pratica, invece, siamo molto indietro; molte cose dipendono proprio dal confronto che riusciremo a costruire in queste settimane, dalle prospettive e dagli scenari che si determineranno nel 2007 per gli anni successivi.

Betty Leone

segretario generale dello Spi nazionale

RPS

Ritengo assai importante la scelta di dedicare una sessione del Forum sulle politiche socio-sanitarie alle questioni relative alla corretta costruzione di un percorso informativo che trasferisca conoscenza tra gli operatori, dagli operatori ai cittadini e viceversa dai cittadini agli operatori, ed è per questo che vorrei concentrare il mio contributo su questo tema.

Non si tratta di un dibattito nuovo, anzi, esso accompagnò negli anni '70-80 tutta la stagione delle riforme dell'assistenza sanitaria e in seguito è stato ripreso durante la discussione di preparazione della legge n. 328/2000 (riforma dell'assistenza sociale). È infatti evidente che questa tematica incrocia diverse esigenze.

La prima è quella di identificare i bisogni a cui è necessario dare risposte: si tratta di una funzione essenziale per evitare che i servizi e le prestazioni rispondano più ad una logica autoreferenziale che alla necessità di corrispondere efficacemente alla richieste dei cittadini. La seconda è quella di costruire indicazioni basate sull'evidenza scientifica per progettare il sistema dei servizi e verificarne l'efficacia. La terza è quella di contribuire alla gestione dei servizi secondo un modello democratico, sulla base del quale stabilire un rapporto di fiducia con i cittadini.

Dunque riflettere su come si raccolgono e si trasmettono informazioni significa affrontare uno dei nodi essenziali sia per il buon funzionamento del servizio sanitario, sia per la sua integrazione con il sociale. Questo vale particolarmente per i servizi pubblici che hanno come scopo la salvaguardia dei diritti di cittadinanza e la tutela della salute come diritto costituzionalmente sancito.

Un corretto sistema informativo non permette solo di monitorare singoli aspetti delle procedure di servizio, ma deve anche permettere agli operatori di aumentare le proprie conoscenze, sviluppare il proprio senso critico, orientare il proprio operato e consentirne una verifica basata non sulla correttezza delle procedure, ma sui risultati raggiunti. Allo stesso modo deve dare la possibilità agli utenti dei servizi di porre le giuste domande per esprimere il proprio bisogno e ricevere quindi risposte idonee.

Di tutto questo si discusse con grande passione durante la costruzione

della riforma che portò al Sistema sanitario nazionale e quando i Comuni negli anni '70 si posero il problema di dare forma e progetto alle molte competenze sociali che erano state loro affidate dalla legge secondo una logica di frammentazione degli interventi che produceva dispersione di risorse e scarsa efficacia. Ci fu così un fiorire di questionari, moduli di rilevazione di dati e informazioni il cui risultato quasi mai ritornava agli operatori e, quindi, agli utenti, i quali, perciò, hanno percepito tutta questa attività come un supplemento di burocrazia che ostacolava, anziché facilitare, lo svolgersi delle funzioni essenziali dei servizi. Naturalmente, come è facilmente comprensibile, questa sfiducia nell'utilità di una politica dell'informazione ha avuto una ricaduta sulla stessa validità dei dati raccolti, perché spesso forniti con disattenzione e superficialità.

Un altro dei temi che, sempre in quegli anni, si posero all'attenzione fu come favorire, attraverso l'informazione, la partecipazione effettiva e consapevole delle persone ad una gestione dei servizi più rispondente alle richieste individuali e alle trasformazioni sociali. Le donne della mia generazione ricordano come questo dibattito influenzò tutta la prima fase della nascita dei consultori, durante la quale si cercò di innovare la pratica medica, anche incentivando le donne ad essere protagoniste delle scelte diagnostico-terapeutiche e ad integrare con il loro sapere quello degli operatori. Ci si scontrò allora, da una parte, con la difficoltà di far comunicare il linguaggio scientifico con quello dell'esperienza quotidiana ed individuale, dall'altra, con la difficoltà di decidere i criteri di legittimazione della rappresentanza femminile. Anche qui si cercò di superare gli ostacoli «oggettivando» in dati, numeri, procedure, tutta la complessa attività dei consultori, per misurarne l'utilità. Naturalmente questo tipo di informazione non poteva assolutamente descrivere quello che stava avvenendo; né la conquista della padronanza del proprio corpo da parte delle donne; né il riconoscimento del proprio limite conoscitivo da parte dei medici, gli infermieri, gli psicologi, gli assistenti sociali ecc. Nessuno seppe trasmettere con strumentazione adeguata la trasformazione dell'approccio alla salute che stava avvenendo in quei luoghi: così piano piano i consultori persero di importanza e ora tornano periodicamente alla ribalta solo quando producono statistiche sul numero di aborti annuali.

Il percorso informativo rivelò in quegli anni sia la propria inadeguatezza a descrivere correttamente i fenomeni sociali, sia la propria incapacità a produrre coinvolgimento e motivazione dei soggetti interessati, piuttosto che cristallizzazione di procedure.

Oggi la situazione non è molto cambiata, anzi forse è peggiorata a causa della mole di dati che l'informatizzazione permette di raccogliere, catalogare, diffondere. Infatti assistiamo ad una situazione assai contraddittoria. Nonostante una fiducia acritica nei confronti dell'«oggettività» e la «scientificità» dei dati raccolti, rimane una scarsa attenzione alla politica informativa che è concepita più come uno strumento di indirizzo di scelte, piuttosto che come strumento di verifica di ipotesi di lavoro costruite sull'osservazione delle dinamiche sociali. In questo panorama, io credo che siano state assai stimolanti le relazioni di questa sessione del *Forum* perché ci hanno spinto ad alcune riflessioni di grande importanza.

La prima, è che nessuna informazione è «neutra», ma è sempre in relazione a cosa e come lo cerchiamo. Perciò è necessario avere chiaro cosa vogliamo sapere e organizzare la variabilità dei dati in modo da ottenere un risultato il più vicino possibile alla realtà. In altre parole, non sono i dati che orientano il ricercatore, ma il ricercatore che orienta i dati. Così emerge sempre la necessità di un progetto, di una politica e non solo di una tecnica informativa.

La seconda, è che l'acquisizione, l'analisi, l'interpretazione dei dati è sempre problematica (non «indiscutibile» come si tende ad affermare) soprattutto in quei campi, come quello sociale, che sono poco descritti e presentano grandi margini di variabilità.

La terza, è che l'interpretazione dei dati è tanto più soggetta ad errori quanto più prescinde dalle popolazioni oggetto di ricerca e dalle loro storie.

Queste considerazioni ci sono state illustrate qui con esempi di esperienze concrete e con suggerimenti di nuove metodologie di lavoro; esse hanno rimotivato un approccio critico e non passivo alle proposte di riorganizzazione del servizio socio-sanitario. Questo è particolarmente interessante per lo Spi-Cgil, la cui attività principale è proprio la tutela dei diritti di quella parte della popolazione che maggiormente utilizza i servizi sociali e sanitari, spesso in maniera del tutto inappropriata. Attualmente, lo Spi sta lavorando con l'Istituto Mario Negri Sud, coinvolgendo nel lavoro di ricerca anche gli iscritti, per decodificare meglio l'informazione riguardante gli anziani, grandi consumatori di farmaci. Ci piacerebbe per questa via arrivare ad una riduzione della spesa farmaceutica, non attraverso imposizioni di *tickets*, spesso del tutto inefficaci e comunque sempre ingiusti perché fanno pagare ai cittadini le disfunzioni del sistema, ma attraverso una modifica dei comportamenti individuali e un'assunzione di responsabilità

da parte degli operatori (medici, farmacisti, industrie farmaceutiche, ecc.). Si tratta di una strada più lunga, più incerta, ma è l'unica che alla fine può dare risultati stabili, produrre nuova cultura, rimettere i cittadini e le loro aspettative al centro delle scelte di ricerca sociale.

RPS

Sandro Del Fattore

**coordinatore del dipartimento Welfare e nuovi diritti
della Cgil nazionale**

RPS

Voglio in primo luogo soffermarmi su una questione: come è arrivato il sindacato ad assumere con grande decisione il tema delle politiche integrate? Siamo arrivati a questo approccio cercando innanzitutto di capire quali fossero le criticità maggiori del tradizionale sistema di *welfare* rispetto alle novità presenti nell'attuale contesto economico-sociale. Ci siamo avviati in questo percorso di ricerca perché convinti che il *welfare* si difende meglio se si individuano razionalmente le criticità e si è in grado di costruire nuove proposte.

Analizziamone alcune caratteristiche. In primo luogo, ci sono noti gli straordinari cambiamenti tecnologici e produttivi che hanno rivoluzionato il mondo moderno a partire dal campo dell'informazione e delle comunicazioni. Ci sono altrettanto note le potenzialità che queste tecnologie sarebbero in grado di esprimere in termini di maggiore autonomia, capacità di progettazione da parte del lavoratore stesso, opportunità di un lavoro qualificante o di un lavoro consapevolmente scelto. È altrettanto evidente, però, che i meccanismi sociali, culturali, di potere che plasmano quei processi ne mostrano in realtà l'altra faccia: la tendenza, cioè, a produrre una precarizzazione dei rapporti di lavoro. E infatti, si è diffusa in questi anni nelle imprese la tendenza dell'«usa e getta» che caratterizza sempre più le politiche di assunzione e di messa in mobilità del lavoratore. Fenomeni, tra l'altro, che hanno prodotto una grande mortificazione del patrimonio professionale e di competenza presenti nel mondo del lavoro. Inoltre le politiche seguite da molti governi, anche in Europa, hanno di fatto legittimato, con la deregolamentazione del mercato del lavoro, tutte le forme di occupazione precarie con una proliferazione di istituti contrattuali volti a incrementare un'unica modalità di prestazione lavorativa: quella a tempo determinato o del lavoro precario e saltuario.

È dunque con questo coacervo di trasformazioni che dobbiamo fare i conti. Ed è proprio da questi cambiamenti profondi che emerge una prima constatazione: si diffonde l'instabilità, l'insicurezza; la precarietà dei rapporti di lavoro fa sì che – accanto ai tradizionali problemi di povertà e di esclusione sociale – si aggiunga quella condizione nuova che alcuni studiosi definiscono di «vulnerabilità sociale» ed economi-

ca. Una condizione, questa, che tocca anche ceti sociali che negli anni precedenti si sentivano maggiormente protetti dal tradizionale sistema di garanzie sociali.

Emergono, in sostanza, «nuovi profili di rischio». Essi riguardano i giovani, sempre più prigionieri nella morsa del lavoro precario e discontinuo e che rischiano di trovarsi privati delle future assicurazioni come quella di una pensione decente; ma anche lavoratori adulti in regime di flessibilità permanente; famiglie monoreddito con capofamiglia dipendente a bassa qualificazione; famiglie numerose monoreddito e con un solo genitore; anziani soli non autosufficienti.

Viene a determinarsi, allora, una condizione nella quale prevale un senso diffuso di incertezza; si amplia la fascia di persone che si trovano ad operare in un'area di precarietà; tanti soggetti si trovano ai margini del mercato del lavoro o non vi trovano alcuna collocazione per una carenza di domanda.

In questo contesto, la stessa questione della povertà e dell'esclusione tende a complicarsi, ad ampliarsi. Diversi fattori, infatti, possono produrre oggi una condizione di disagio e difficoltà: il rapporto col mercato del lavoro, il livello di istruzione, la presenza o meno di una rete parentale o di vicinato, la disponibilità di un alloggio, ecc. Il venire meno di uno di questi fattori può produrre, appunto, disagio o rischio di esclusione sociale.

Può sorgere una domanda. L'insicurezza diffusa, la precarizzazione, il diffondersi dell'informalità nei rapporti di lavoro, riguardano prevalentemente paesi come l'Italia che – sebbene sia tra i paesi più sviluppati del mondo – presenta notevoli squilibri strutturali, scarsa capacità di innovazione, fragilità della struttura produttiva?

Ci sono, in realtà, alcuni lavori recenti (ad esempio quelli di una studiosa americana, Saskia Sassen) che, prendendo in considerazione le quattro città che vengono definite globali – New York, Parigi, Londra, Tokyo – dimostrano quanto quei processi siano diffusi e profondi. In quelle città, infatti, oltre ai settori strategici della produzione che organizzano e dirigono gli scambi economici (dai servizi finanziari e assicurativi, al *marketing* aziendale, dalla progettazione alla pubblicità) e dove emergono figure che premono verso l'alto della piramide sociale, crescono quelle mansioni con basse retribuzioni come i corrieri, i servizi di *catering*, gli addetti alle pulizie, lavori precari che toccano anche segmenti di quel terziario avanzato tipico del tessuto economico di quelle città. E, insieme, si va diffondendo la stessa economia informale che cresce proprio su quell'area di polverizzazione sociale. Ciò

dimostra, ad esempio, che il fenomeno dell'economia informale non è il retaggio del passato duro a morire, quanto il frutto delle tendenze prevalenti nell'attuale struttura economica e produttiva.

Abbiamo fin qui cercato, assai schematicamente, di capire quali nuove forme di esclusione e disagio sociale tendono ad affermarsi.

Un primo elemento risulta chiaro: la molteplicità dei fattori che oggi possono produrre una condizione di difficoltà. Questo fatto ha una conseguenza immediata – soprattutto per un'organizzazione sindacale – sulle politiche sociali che vanno attivate. Oggi, infatti, a maggior ragione per i processi che abbiamo cercato fin qui di analizzare, non ci si può più solo limitare a singole prestazioni di aiuto o di risarcimento a fronte di bisogni primari. Si deve invece cogliere la complessità delle nuove fragilità con azioni integrate capaci di agire su più versanti e fattori, di offrire non solo trasferimenti monetari, ma di promuovere anche l'autonomia delle persone, la loro capacità di costruire relazioni. È da tutto ciò che diventa centrale il tema delle politiche integrate. Da quella che abbiamo chiamato «vulnerabilità sociale» emerge una domanda di servizi, ma anche di orientamento formativo e professionale, di inserimento e reinserimento lavorativo, di sostegno al reddito nelle fasi di difficoltà, di politiche abitative, di accesso al credito, di parziale sostituzione del lavoro di cura che oramai le famiglie stentano ad assolvere autonomamente. E se si assume davvero il tema dell'integrazione cambia anche l'idea e la pratica nel campo delle politiche sanitarie. Ad esempio, proprio l'emergere di patologie sempre più legate al disagio sociale, o il diffondersi di quelle cronico-degenerative, richiedono di superare l'idea di una sanità che guarda prevalentemente alle malattie e al successo della singola prestazione clinica per assumere un'altra capace di promuovere la salute quale sistema complesso di cure che aiuta le persone a costruire o ricostruire un equilibrio psico-fisico. E proprio per questo vanno progettate azioni integrate e percorsi terapeutici. Da questo punto di vista, è esemplificativa la grande questione della non autosufficienza. Un piano nazionale che affronti questa emergenza non richiede solo l'utilizzo di strumenti tradizionali quali le diverse forme di indennità o l'assistenza ospedaliera, bensì una pluralità di interventi sociali e sanitari capaci di alleviare il peso che grava sulla famiglia, di evitare per quanto possibile il ricovero ospedaliero o nella casa di riposo privilegiando invece la domiciliarità, la promozione di autonomia per chi ne è privo.

Proprio per tutte queste ragioni sono molti oggi che sottolineano la centralità e l'importanza delle politiche integrate. Questa constatazio-

ne potrebbe indurre ad un certo ottimismo. La realtà però è ben diversa. Il percorso dell'integrazione è assai complesso e, soprattutto, richiede modifiche profonde quanto radicali nell'attuale organizzazione dei servizi e nel modo di operare dei soggetti istituzionali coinvolti nelle politiche integrate.

Il rapporto tra le diverse istituzioni – Comuni, Province, Regioni, Asl ecc. – è, infatti, decisivo: sono i soggetti che si mettono insieme per condividere una decisione e ognuno, in questo rapporto e condivisione istituzionale, «rinuncia» ad una parte del proprio «potere». Le politiche integrate, in sostanza, pongono le diverse istituzioni di fronte ad una scelta impegnativa: quella di «fare sistema», di costruire, cioè, un insieme di regole capaci di tutelare in misura uguale tutti i cittadini di un determinato ambito territoriale e per rispondere meglio a un complesso sistema di diritti e di bisogni. Se ogni singolo Comune, infatti, dovesse muoversi in totale autonomia si finirebbe inevitabilmente col produrre differenze in termini di capacità di offerta e di accesso ai servizi e, quindi, in termini di tutela dei cittadini. In sostanza, l'integrazione istituzionale richiede non di mettere in discussione la legittima autonomia di un ente locale ma di superare una logica municipalistica soprattutto quando si è di fronte all'esigenza di rispondere a diritti universali, costituzionalmente garantiti, come lo sono, ad esempio, quelli previsti dai livelli essenziali di assistenza. È qui, insomma, che la logica dell'autonomia deve cedere il passo a quella dell'integrazione e alla necessità di mettersi insieme per «fare sistema». Ciò consente, tra l'altro, di inserire nei processi decisionali i principi dell'universalità e dell'equità.

C'è, infine, il tema dell'organizzazione dei servizi. Se vogliamo davvero dei servizi pubblici capaci – attraverso le azioni integrate – di rispondere ai cittadini, dobbiamo rivedere e rimuovere quegli strumenti e ostacoli burocratici che limitano l'organizzazione flessibile dei servizi.

A chi ha avuto a che fare, ad esempio, con il disagio dei minori e con alcune delle strutture che dovrebbero occuparsi di una così delicata questione, non sono certamente sfuggiti alcuni elementi. Prendiamo, ad esempio, i Glh: sigla che vuol dire «gruppo di lavoro handicap». È un «luogo» classicamente integrato perché dovrebbe mettere insieme diverse istituzioni: la scuola, la Asl, il gruppo terapeutico, la famiglia.

Lì si dovrebbero coordinare le diverse attività e si dovrebbe valutare lo stato di avanzamento del progetto di recupero. Un luogo, quindi, che per le funzioni che svolge dovrebbe garantire il massimo della flessibilità organizzativa proprio per la «complessità» dei soggetti che

deve coinvolgere. La realtà è spesso assai diversa e a volte riflette la rigidità dell'organizzazione fordista del lavoro: di quei gruppi di lavoro se ne svolgono molti in un'unica giornata, la loro durata non consente di valorizzare il lavoro di *équipe* che è invece alla base di quei percorsi terapeutici.

È un problema, questo, che interroga il sindacato stesso: riguarda, infatti, gli strumenti contrattuali che regolano quei servizi, l'assetto degli orari, l'assetto strettamente procedurale che regola l'organizzazione del lavoro.

Insomma, superare le tradizionali politiche di settore per affermare una strategia dell'integrazione finalizzata alla personalizzazione dell'offerta, comporta scelte impegnative. Il sindacato vuole essere attore fondamentale.

RPS

Sandro Del Fattore

RPS

Rubriche

Federalismi e sanità

George France, Milano, Giuffrè Editore, 2006, pp. 179

Segnalazione a cura di Franca Maino

RPS

segnalazione

Il quesito di ricerca che sta alla base del volume di France dal titolo *Federalismi e sanità* riguarda il ruolo del governo federale nella gestione della sanità: dal momento che in genere la sanità nei paesi federali è di competenza del livello di governo sub-nazionale, quali compiti e funzioni possono rimanere in capo al governo centrale? Anche se la risposta a questo quesito può variare da paese a paese, certamente quanto più un sistema è decentrato tanto più consistente è il ruolo dei sistemi di governo sub-nazionali e tanto maggiore è il rischio che il sistema sanitario sia fortemente differenziato a livello territoriale. Per contenere la differenziazione derivante dagli ampi poteri concessi alle periferie in materia di *policy-making* sanitario, si rivela di cruciale importanza l'esistenza di standard nazionali, criteri fissati dal centro e validi e applicabili su tutto il territorio.

Sulla scorta dell'esperienza canadese, France individua quelli che possono essere considerati i principali standard nazionali: l'universalismo della copertura; il libero accesso all'assistenza; la globalità delle prestazioni; la trasferibilità territoriale del diritto all'assistenza; la gestione pubblica di uno schema sanitario. Mentre il volume curato da France nel 2001 *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali: quattro paesi, quattro approcci*, poneva al centro dell'analisi tre paesi federali come il Canada, l'Australia e la Germania, in questo volume France concentra tutta l'attenzione sugli Stati Uniti, altro paese federale che però, a differenza dei tre precedenti, non si è dotato negli anni di un servizio sanitario nazionale ma piuttosto di un sistema sanitario articolato in numerosi programmi sanitari molto diversi tra loro e ampiamente gestiti a livello decentrato.

Il volume si articola in otto capitoli. Nel primo, l'autore si occupa di definire il concetto di «interesse nazionale» *vis-a-vis* quello di interesse regionale. Con riferimento al settore della sanità, France sceglie di adottare una definizione multidimensionale del concetto, basata appunto sui cinque principi alla base del sistema sanitario canadese. Ecco che dunque l'*universalità della copertura* permette a tutti i cittadini di avere accesso ad uno schema sanitario pubblico. L'*accessibilità* garantisce un accesso alle prestazioni privo di impedimenti finanziari o di al-

tro tipo e una remunerazione ragionevole per i fornitori di servizi sanitari. Il *criterio della globalità* stabilisce che tutte le prestazioni, sia quelle ospedaliere che quelle fornite dai medici, rientrino nello schema sanitario pubblico. La *trasferibilità* garantisce che i cittadini non perdano il diritto alle cure mediche pur trasferendosi da una parte all'altra di un paese. Infine, la *gestione pubblica* implica che la gestione dello schema sanitario avvenga senza scopo di lucro e competa ad un ente pubblico che risponde al governo nazionale o sub-nazionale.

Il secondo capitolo è interamente dedicato al finanziamento della sanità negli Stati Uniti. Si tratta di un capitolo molto ampio e articolato che ricostruisce in modo esaustivo le caratteristiche dei numerosi programmi sanitari operanti sul territorio americano. Normalmente quando ci si riferisce alla sanità degli Stati Uniti si menzionano due soli schemi: *Medicare* (i cui beneficiari sono gli anziani ultrasessantacinquenni) e *Medicaid* (che offre assistenza sanitaria per le persone a basso reddito). L'analisi di France mette invece in luce quanto più complessa e variegata sia l'offerta di prestazioni e servizi in questo paese e illustra nel dettaglio chi sono i beneficiari di tali prestazioni e in cosa si differenziano i vari programmi. Si tratta, in sintesi, di almeno 12 programmi differenti tra cui vale la pena menzionare almeno l'assicurazione sanitaria basata sul rapporto di lavoro (Ebi) che copre circa 174 milioni di persone, i due schemi militari *Tricare* e *Veterans Health Administration* che insieme coprono circa 16 milioni di persone, il servizio sanitario per gli indiani, il sistema sanitario carcerario e, infine, tutti i programmi finanziati interamente dagli Stati. Tuttavia, nonostante questo variegato panorama di schemi e programmi, gli Stati Uniti non forniscono la copertura sanitaria a tutti i cittadini e, anzi, quasi 46 milioni di persone nel 2004 erano prive di alcuna assicurazione sanitaria.

Il terzo capitolo offre una valutazione della *performance* del sistema sanitario americano rispetto alla capacità di garantire i cinque standard nazionali (e quindi, secondo l'etichetta utilizzata nel volume, in termini più generali l'«interesse nazionale» in sanità). France riprende quindi ad uno ad uno i programmi sanitari e illustra la misura in cui ognuno di essi è in grado di rispettare i cinque principi. L'analisi mette in luce come solo due schemi militari (*Tricare* e *Vha-Personnel*) risultino adeguati sotto tutti i punti di vista. Tutti gli altri schemi invece soddisfano solo alcuni dei cinque criteri. Ne consegue quindi che la *performance* del sistema americano di assicurazione sanitaria è alquanto scarsa e, possiamo aggiungere, rimane tale nonostante negli ultimi anni

siano stati approvati degli interventi migliorativi con riferimento ai due schemi più noti (almeno in ambito comparato) *Medicare* e *Medicaid*. Nel quarto capitolo vengono individuati i fattori che si ipotizza possano condizionare la capacità di un paese federale di promuovere la diffusione di standard nazionali in campo sanitario. France distingue tra fattori di «contesto» e fattori «federali». I primi sono applicabili sia nei sistemi federali che negli Stati unitari e sono: il diritto alla sanità previsto dalla Costituzione, il sentimento di solidarietà sociale diffuso tra la popolazione, la popolarità del sistema sanitario, la dimensione e il grado di complessità del servizio sanitario. I cinque fattori federali presi in considerazione sono invece strettamente connessi con il sistema di governo federale e sono: la distribuzione intergovernativa delle competenze relative alla sanità, il potere federale di spesa, la fiducia intergovernativa, la cooperazione intergovernativa, la geometria del sistema federale di governo.

Il quinto e il sesto capitolo sono rispettivamente dedicati all'operazionalizzazione dei fattori contestuali e dei fattori federali negli Stati Uniti. France prende quindi in considerazione ogni singolo fattore e analizza il grado di influenza esercitato nel contesto americano, mantenendo però sempre un costante riferimento anche all'esperienza delle altre tre federazioni – Canada, Australia e Germania –, esperienza che nel settimo capitolo è messa a confronto con quanto emerso sul caso americano.

Tutte le federazioni mature attribuiscono un notevole peso al principio di solidarietà nel settore sanitario. Tuttavia, l'esperienza dimostra che vi sono varie strade per coniugare questo principio e la distribuzione di potere fra diversi livelli di governo. Il Canada riesce a promuovere la solidarietà in sanità tramite la fissazione degli standard nazionali. Per evitare, però, di essere accusato di infrangere l'autonomia provinciale, il governo centrale ha definito tali standard in termini piuttosto generali, specialmente quello della globalità delle prestazioni, e ha evitato di applicarli in modo eccessivamente rigoroso. L'Australia, per promuovere l'«interesse nazionale», adotta una strategia molto diversa. Il governo federale ha assunto direttamente la responsabilità per la gestione dell'assistenza farmaceutica e dell'assistenza medica ambulatoriale per garantire un grado di uniformità geografica accettabile nell'erogazione di questi servizi. Inoltre ha stabilito, previa negoziazione con gli Stati federali, condizioni dettagliate per la concessione di fondi federali ai singoli Stati per l'assistenza ospedaliera, ambito che è di loro responsabilità. Negli Stati Uniti, il peso attribuito

al principio di solidarietà in sanità è piuttosto modesto. Il governo federale assegna agli Stati trasferimenti generosi per il programma *Medicaid* ma fissa numerose condizioni sulle modalità del loro utilizzo, per quanto agli Stati venga lasciata una notevole discrezionalità nella interpretazione di tali condizioni. L'obiettivo è quello di trovare un equilibrio accettabile fra il desiderio, da parte degli Stati, di godere della massima flessibilità nell'amministrazione del *Medicaid* nella loro realtà locale e l'ambizione del governo federale di massimizzare il numero di persone a basso reddito aiutate dal programma. Per quanto riguarda invece la direzione e la misura dell'impatto dei fattori contestuali e federali sulla capacità degli Stati Uniti di promuovere standard nazionali, l'analisi di France mette in luce come l'Ebi si caratterizzi per una *performance* modesta rispetto a tutti e cinque i criteri. Ugualmente bassa è la *performance* dello schema *Medicaid* che presenta delle forti differenziazioni territoriali. La *performance*, invece, risulta buona o abbastanza buona per i due schemi militari (*Tricare* e *Vba*) e per *Medicare*. L'ottavo capitolo è poi dedicato al caso italiano. Sulla scorta di quanto emerso dall'esperienza americana, France si interroga sull'influenza che potrebbero esercitare i fattori contestuali e federali nell'attuale contesto italiano affinché – nonostante le trasformazioni in senso federale dello Stato italiano e quindi il forte decentramento sanitario – si possa garantire l'«interesse nazionale» nel servizio sanitario. L'obiettivo è quello di individuare le condizioni necessarie affinché l'«interesse nazionale» sia rispettato sull'intero territorio nonostante il consolidarsi di differenti servizi sanitari regionali. Nell'analisi dell'impatto dei fattori contestuali e federali sul sistema sanitario italiano, ai fattori già menzionati sopra France ne aggiunge un altro – la capacità di progettare e attuare le politiche – che nel caso italiano può rivelarsi particolarmente significativo alla luce delle grandi differenze tra le diverse Regioni nella loro capacità di progettare e attuare le politiche. Da un lato, vi sono Regioni non solo arretrate economicamente ma anche sotto il profilo amministrativo; dall'altro lato, ci sono regioni efficienti su entrambi i fronti. Il rischio è quindi che il processo di devoluzione in atto accresca i poteri e le responsabilità delle amministrazioni regionali nel settore della sanità senza che però tutte siano adeguatamente attrezzate per svolgere i nuovi compiti e le nuove funzioni che sono state loro devolute. Il dualismo economico e amministrativo che caratterizza l'Italia potrebbe quindi – conclude France – esercitare un'influenza negativa nella tutela dell'«interesse nazionale» nella sanità. In generale France è abbastanza pessimista sulla possibilità che in Ita-

lia si adottino e si diffondano standard sanitari nazionali, nonostante il processo di federalizzazione in corso. L'unico fattore che potrebbe esercitare un impatto forte e consistente è la solidarietà sociale, un valore che è forte nella Costituzione italiana, a marcata impronta solidaristica, così come più di recente anche ai Livelli essenziali di assistenza è stato attribuito uno status costituzionale che accresce il loro valore simbolico.

Il problema non è tanto che le Regioni si dimostreranno per definizione ostili agli standard nazionali, ma piuttosto che il dualismo economico-organizzativo individuato da France con la sua analisi potrebbe nel medio-lungo periodo esercitare un'azione sfavorevole alla diffusione di standard nazionali e, d'altro canto, il rilievo della solidarietà sociale potrebbe rivelarsi troppo debole per controbilanciare questa tendenza. Il rischio è quindi che – in assenza di una azione forte da parte del governo centrale – le Regioni potrebbero, ad esempio, limitare i servizi disponibili eliminandoli dai pacchetti di prestazioni a disposizione dei cittadini o ignorare le richieste di inclusione di nuovi servizi accanto alle prestazioni standard; potrebbero intraprendere azioni per limitare la mobilità geografica dei pazienti e per restringere l'accesso ai pazienti provenienti da altre Regioni; potrebbero introdurre compartecipazioni a carico degli assistiti per i servizi più costosi o delegare l'amministrazione di servizi a organizzazioni con o senza scopo di lucro. Insomma, le Regioni potrebbero intraprendere strade diverse nella gestione del servizio sanitario nazionale e questo contribuirebbe ad accrescere la differenziazione regionale già tradizionalmente presente nel contesto italiano.

Il capitolo ottavo offre anche una panoramica sull'attuale livello di diffusione di standard sanitari nazionali in Italia. Da questa analisi emerge che l'Italia, rispetto ai cinque principi, presenta una situazione altalenante: mentre i criteri di universalità, trasferibilità e gestione pubblica sono stati e continuano ad essere generalmente rispettati su tutto il territorio nazionale, il criterio della globalità è stato definitivo in modo alquanto vago, rendendo per ora difficile proporre una valutazione della sua applicabilità, senza contare che permangono differenze sostanziali nell'offerta regionale di prestazioni e servizi. Allo stesso modo, il criterio dell'accessibilità finanziaria presenta differenze consistenti da Regione a Regione.

La natura ancora in parte indeterminata delle trasformazioni in senso federale della sanità italiana fa sì che – come peraltro chiaramente indicato nel volume – le considerazioni sulle prospettive di salvaguardia

degli standard nazionali siano di natura in larga parte speculativa. In questo senso, l'ultimo capitolo poggia su un terreno meno solido dei precedenti, che delineano con chiarezza le caratteristiche e le articolazioni (in primo luogo territoriali) di un sistema sanitario, come quello americano, tanto complesso e peculiare quanto presente come punto di riferimento nel dibattito politico, che (oltre agli studiosi) avrebbe molto da guadagnare dalla ricca messe documentaria e dalle chiarificazioni analitiche proposte in questo volume.

Gli autori

Pierpaolo Benetollo è medico geriatra con esperienza di gestione dei servizi geriatrici territoriali e residenziali. È direttore sanitario dell'Ulss Alto Vicentino e referente regionale della Regione Veneto per i sistemi informativi e valutativi dell'assistenza domiciliare.

Massimo Campedelli è membro dell'ufficio di Presidenza del Patronato nazionale Acli e collaboratore del centro di ricerca Wiss - Welfare innovazione sviluppo servizi della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Francesca Carrera è ricercatrice dell'Ires nazionale, si occupa in particolare delle tematiche del welfare locale, dell'invecchiamento attivo e dell'immigrazione.

Paolo Carrozza insegna Diritto costituzionale presso la Scuola superiore di studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna di Pisa e dirige, presso la stessa scuola, il centro di ricerca Wiss - Welfare innovazione sviluppo servizi.

Giovanna Dorotea Cecchetto è medico geriatra, lavora in lungodegenza a Castelfranco Veneto, seguendo l'Unità di valutazione Alzheimer. Partecipa a progetti di ricerca in ambito geriatrico e in medicina generale promossi dal Consorzio Mario Negri Sud.

Carla Collicelli lavora al Censis dal 1980 e dal 1993 ne è vice direttore generale. Insegna Sociologia dell'organizzazione presso l'Università di Roma Tre e Sociologia della salute presso l'Università «La Sapienza».

Antonio D'Ettorre è ingegnere informatico presso il laboratorio di Epidemiologia assistenziale e sistemi informatici del Consorzio Mario Negri Sud, è esperto nella gestione dei dati e ha sviluppato originali software applicativi di grandi data base amministrativi.

Carlo De Pietro è responsabile dell'area di ricerca Gestione delle risorse umane presso il Cergas, Centro di ricerche sull'assistenza sanitaria e sociale, dell'Università Bocconi ed è docente presso la Sda, Scuola di direzione aziendale, della stessa università.

Ota de Leonardis insegna Sociologia dei processi culturali nell'Università di Milano Bicocca. È direttore del Master in Sviluppo locale e qualità sociale e coordinatore del laboratorio Sui Generis - Sociologia dell'azione pubblica.

Sandro Del Fattore è coordinatore del dipartimento Welfare e nuovi diritti della Cgil nazionale.

Carlo Donolo insegna Analisi delle istituzioni e dei sistemi complessi presso la Facoltà di Scienze statistiche dell'Università «La Sapienza» di Roma.

Nicola Falcitelli dirige il Centro studi della Fondazione Smith Kline.

Elena A. Ferioli insegna di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università degli studi del Molise e collaboratrice del centro di ricerca Wiss - Welfare innovazione sviluppo servizi della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Paolo Ferrero è ministro della Solidarietà sociale.

Pietro Gallina è medico e ricercatore geriatra, lavora presso il Distretto sanitario di Padova ed è responsabile sanitario delle Residenze per anziani dell'Opera Immacolata Concezione.

Betty Leone è segretario generale dello Spi nazionale.

Vito Lepore è ricercatore universitario presso il dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche dell'Università degli studi di Bari e capo del laboratorio di Epidemiologia assistenziale e sistemi informatici del Consorzio Mario Negri Sud.

Matteo Lippi Bruni è ricercatore di Economia politica presso la Facoltà di Economia dell'Università di Bologna, sede di Forlì, dove insegna Analisi economica del diritto e Microeconomia.

Mimmo Lucà è presidente della commissione Affari sociali della Camera dei deputati.

Carlo Macaluso è assessore alle politiche sociali e alle politiche sanitarie del Comune di Pisa, presidente della Conferenza dei sindaci della Azienda Usl 5 e, dal 1995, presidente della Conferenza dei sindaci della Zona pisana.

Franca Maino è ricercatrice presso il dipartimento di Studi del lavoro e del welfare dell'Università di Milano.

Achille Passoni è segretario confederale della Cgil nazionale.

Emanuele Ranci Ortigosa è esperto di politiche e servizi sociali e sanitari. È presidente e direttore scientifico dell'Istituto per la ricerca sociale (Irs), direttore della rivista «Prospettive sociali e sanitarie» e della collana «Politiche sociali».

Franco Rotelli è direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 di Trieste.

Vito Samarelli è medico specialista in formazione presso il dipartimento di Scienze neurologiche e psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari, collabora con il laboratorio di Epidemiologia assistenziale e sistemi informatici del Consorzio Mario Negri Sud.

Mario Sango è medico di sanità pubblica e organizzazione dei servizi, coordina l'Area vasta di Epidemiologia delle Ulss della Provincia di Vicenza. Si interessa di valutazione dei servizi territoriali rivolti agli anziani.

Gianvito Schena è medico specialista in formazione in Igiene e medicina preventiva presso il Dipartimento di Scienze biomediche ed oncologia umana. Collabora con il laboratorio di Epidemiologia assistenziale e sistemi informatici del Consorzio Mario Negri Sud.

Angelo Tanese è direttore amministrativo della Asl Roma E. È docente di Organizzazione e marketing aziendale e di Gestione del cambiamento organizzativo presso la Facoltà di Scienze sociali dell'Università di Chieti.

Francesco Taroni insegna Medicina sociale presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Bologna. È stato direttore generale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e direttore dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali di Roma e dell'Agenzia sanitaria regionale di Bologna.

Anna Teselli è ricercatrice dell'Ires nazionale, si occupa in particolare delle tematiche del welfare locale e di quelle relative all'infanzia e all'adolescenza.

Roberto Toffanin è medico di sanità pubblica e organizzazione dei servizi. È direttore del Distretto socio-sanitario di Padova.

Gianni Tognoni è medico, dirige il Consorzio Mario Negri Sud. La sua attività di ricerca ha riguardato la sperimentazione clinica e l'epidemiologia con particolare interesse per gli aspetti metodologici e i criteri di utilizzazione dei dati in una prospettiva di salute pubblica.

Cristina Ugolini è ricercatore di Politica economica presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Bologna, sede di Forlì, dove insegna Analisi economica delle politiche pubbliche ed Economia sanitaria. È membro del consiglio direttivo dell'Associazione italiana di economia sanitaria (Aies).