

Il mutualismo integrativo in sanità

Aldo Amoretti

L'autore sollecita una riflessione sul tema ampio delle mutualità integrative in sanità, che possa aiutare a fare chiarezza sui rischi, reali o presunti, della loro diffusione e sulle definizioni delle modalità e misure più opportune a contrastare i rischi di diversificazione dell'accesso alle prestazioni assistenziali. Ritenendo semplicistica un'analisi che consideri

alternativa la presenza di queste con il Servizio sanitario nazionale, e ribadendo la centralità di un efficiente ed effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, l'autore giudica opportuno e vantaggioso il superamento di posizioni di rigida ostilità, spesso preludio a meccanismi di progressivo accomodamento in vista di benefici non soddisfacenti.

1. Un'introduzione

La situazione relativa al mondo della mutualità integrativa appare piuttosto variegata. Si va da mutue antiche come la Società di mutuo soccorso Cesare Pozzo fondata nel 1887 alle ultime nate come Faschim o il Fondo dei lavoratori del commercio di Roma, che comincia a funzionare solo adesso. Anche dal punto di vista della consistenza il panorama spazia dalle poche centinaia di iscritti della Società operaia di mutuo soccorso «Santa Ninfa» ai 250.000 assistiti (lavoratori e familiari) di Assilt.

Si possono trovare sia istituzioni aperte e assolutamente volontarie, come la Società di mutuo soccorso, sia quelle chiuse di categoria. Ancora, nell'ambito di quelle di categoria (o aziendali) esistono quelle obbligatorie oppure per adesione volontaria. In qualche caso la volontarietà ha la forma del silenzio-assenso.

Anche per quanto riguarda i soggetti finanziatori esistono diverse soluzioni. Prevale la formula mista tra azienda e lavoratori. Ma si trovano anche forme nelle quali paga tutto l'azienda oppure tutto il lavoratore. Alcune mutue sono completamente autogestite; altre stipulano contratti con compagnie di assicurazione o addirittura assegnano a queste la gestione degli interventi.

2. *La diffidenza del sindacato*

Quanti si rivolgono alla Cgil alla ricerca di informazioni in merito a queste forme di mutualità integrativa non trovano risposta in quanto esiste, all'interno del sindacato, una certa diffidenza nei riguardi di questo argomento perché si ritiene che incentivare la mutualità integrativa sia alternativo al difendere il Servizio sanitario nazionale. Anche all'interno delle categorie si incontra molta reticenza perché, convinti di essere «fuori linea», si preferisce che non si venga a sapere di una eventuale adesione.

L'ultimo pronunciamento «ufficiale» della Cgil si ha con un documento del Comitato direttivo approvato il 13 gennaio 2003, che così si esprime:

«10. La Sanità integrativa, un'opportunità per ampliare l'offerta di prestazioni.

«10.1 La politica del governo punta all'estensione del mercato privato e, per questa via, induce al consumo sanitario, anche in eccesso e – per le dinamiche messe in atto con la gestione dei Lea e le modalità della loro applicazione – rende di fatto diversificato l'accesso alle prestazioni, da Regione a Regione, ingenerando nella popolazione la sensazione di precarietà e difficoltà nell'ottenere ciò che ritiene suo diritto. Per questa ragione, le continue “incurSIONI” dei soggetti istituzionali sulla mutualità trovano ancor più facile presa.

«10.2 La centralità dei livelli essenziali di assistenza, della loro caratteristica di universalità sul territorio nazionale, della loro preesistenza all'allocazione di risorse necessarie e sufficienti da parte delle Regioni per garantire proprio in quanto uniformi ed appropriate è messa in discussione dalla gestione che il governo e alcune Regioni ne stanno facendo.

«I principi di fondo che guidano la Cgil nel campo della mutualità integrativa riguardano, innanzitutto, il fatto che la stessa sia intesa effettivamente come opportunità per accedere a prestazioni sanitarie non offerte dal Servizio sanitario nazionale (ossia, quelle non previste dai Lea); che le opportunità della sanità integrativa non si traducano in elementi di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni per fasce di popolazione; che, in tal senso, si realizzi effettivamente una massa critica finanziaria capace di “reggere” l'impegno finanziario delle domande di prestazione previste dal d.lgs. 229 (ivi comprese quelle di integrazione socio-sanitaria); che i sistemi di sanità integrativa (mutue o assicurazioni) non operino distinzioni sulla base del rischio individuale.

«La Cgil giudica essenziale che le forme di sanità integrativa non implementino una domanda sanitaria eccessiva e non appropriata e, attraverso questa via, anche il livello della spesa. Il rischio di una domanda impropria – cui si risponde con un eccesso di prestazioni – trova d'altro canto ragion d'essere nell'insicurezza generata anche dalla difficoltà di avere certezze circa i tempi e le opportunità di accesso alle diagnosi – prima ancora che alle terapie – attraverso il sistema delle liste di attesa non qualificate e non costruite su criteri di separazione delle priorità.

«La Cgil considera i livelli essenziali di assistenza, la loro uniformità sul territorio nazionale e la loro appropriatezza il discrimine sul quale costruire forme di sanità integrativa che comprendano prestazioni in grado di ampliare l'offerta dei livelli essenziali di assistenza e non di sostituirsi ad essa. Solo a questa condizione le opportunità "aggiuntive" offerte dalla sanità integrativa non si traducono in elementi di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni per fasce di popolazione.

«La natura sindacale e contrattuale di molti Fondi sanitari ci obbliga ad una riflessione di merito, circa i loro contenuti, il loro utilizzo, la loro necessità e la coerenza con gli obiettivi proposti a riferimento di un loro sviluppo, non controproducente rispetto al sistema che vogliamo e alle dinamiche della spesa.

«Inoltre, la consapevolezza di diverse capacità negoziali ci deve rendere chiaro che il sistema contrattuale attuale introduce comunque all'interno del mondo del lavoro disuguaglianze nelle opportunità derivanti dal diverso grado possibile di copertura negoziale.

«Obiettivo della Cgil deve essere quello, in ogni caso, di sostenere a livello territoriale forme utili ad evitare, anche attraverso l'applicazione di quanto previsto dal decreto 229 sulle gestioni di fondi integrativi sanitari, discriminazioni rispetto a fasce di popolazione non tutelata da strumenti negoziali, che finirebbero per costituire fasce "residuali" nell'accesso all'assistenza sanitaria, in presenza di un sistema che non erogasse correttamente i livelli essenziali di assistenza».

Sulla medesima linea, anzi con una ostilità più netta, la relazione di Roberto Polillo alla Conferenza del 9 novembre 2004: «Nonostante la presenza di un quadro che riconferma la validità del nostro sistema universalistico, il governo di centro-destra attualmente in carica, accogliendo le richieste avanzate alcuni anni fa da Confindustria nel suo Progetto di sanità, tenta invece di introdurre nel nostro ordinamento un sistema mutualistico integrativo/sostitutivo privato».

E ancora, ma a proposito del rapporto di lavoro dei medici come è

stato proposto dal ministro Sirchia: «L'effetto derivante dal d.d.l. invece, al di là delle declamazioni propagandistiche sul diritto di libera scelta del cittadino e sulla riduzione dei tempi di attesa, si tradurrebbe nell'istituzione di un doppio canale di accesso alle prestazioni peggiorando sensibilmente la situazione attualmente esistente. In tale proposta risulta, infatti, a tutti evidente come il cittadino pagante avrebbe una corsia preferenziale rispetto al cittadino con il foglietto rosa del proprio medico di base, venendo così calpestati proprio quei principi di eguaglianza che sono invece fondamentali per l'equità».

Insomma, ci sono tutte le condizioni per ripetere l'iter che si è verificato a proposito della previdenza complementare: dapprima ostilità, poi adesione condizionata, infine «montare sul carro».

Va riconosciuto, comunque, che questo atteggiamento è conforme alle previsioni della legge 419 del 30 novembre 1998 avente per titolo: «Delega al governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» e che all'art. 2 comma c) recita come segue: «Riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria, di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, precisando che esse si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, con questi comunque integrate, ammettendo altresì la facoltà per le Regioni, le Province autonome e gli enti locali e per i loro consorzi di partecipazione alla gestione delle stesse forme integrative di assistenza».

3. Alcune considerazioni di contesto

Quindi succede che si proclama una cosa, ma ne accade un'altra. Il bisogno di sicurezza che c'è nei lavoratori e cittadini non è risolto da un sistema sanitario con troppe inefficienze e differenze e, per ottenere tale sicurezza, si è disponibili a spendere anche destinando una parte di miglioramenti retributivi che potrebbero andare in busta paga.

Le imprese talvolta sono disponibili ad assecondare questa tendenza, in parte perché considerano utile fidelizzare i lavoratori e in parte perché vi riconoscono una esigenza fondata, che per di più sembra conforme a posizioni di Confindustria. Tuttavia il grosso della spesa privata in fatto di sanità non è dato dalla partecipazione ai Fondi mutua-

listici integrativi e neppure a polizze sanitarie o piani assicurativi. Da una relazione di Isabella Mastrobuono ed Elio Guzzanti riscontriamo: «La realtà è che tutti i ceti della popolazione spendono in sanità privatamente e che solo una piccola percentuale (10% circa della popolazione tra detentori di polizze assicurative e iscritti a varie organizzazioni *no-profit*) è garantita da una qualche copertura: la maggior parte dei cittadini paga di tasca propria, cioè tutti spendono e molto spesso per prestazioni già garantite dal Servizio sanitario nazionale: vi sono certamente delle differenze tra i ceti sociali e quelli più ricchi spendono mediamente di più di quelli più poveri. È stato affermato, in una indagine condotta dal Censis nel 1998, che dei 44.000 miliardi di spesa privata relativi al 1997, 17.024 siano da ascrivere ai farmaci, 3.678 all'acquisto di apparecchiature, 13.380 ai servizi medici e 18.143 ai ricoveri privati». Chiaro che le inefficienze del Sistema sanitario nazionale lasciano spazio a questi comportamenti, come è chiaro che la lotta per un servizio pubblico efficiente si dimostra difficilissima.

Al riguardo, resto dell'opinione che sia un errore affidare questa lotta solo agli addetti del settore (medici, infermieri e amministrativi), ma che essa debba essere organizzata dal punto di vista degli utenti, indirizzandone la protesta nei confronti «di chi comanda» e di chi così l'ha organizzato, anche onde evitare che la protesta «spontanea» si rivolga proprio contro gli addetti.

È anche chiaro che le soluzioni private «assolvono» il sistema sanitario e possono costituire una linea alternativa alla battaglia per l'efficienza. È un problema di modi e di misure. La cosa peggiore è proclamare linee di condotta che si dimostrano impossibili da sostenere, chiudere gli occhi di fronte alle tendenze reali che poi, essendo «fuori linea» e, persino, «clandestine», si concretizzano nei modi peggiori.

D'altra parte, nel documento di Programmazione economica e finanziaria per gli anni 2003-2006 del Governo Berlusconi, si proclama la necessità di «qualificare il sistema delle prestazioni sanitarie socio-assistenziali anche attraverso l'introduzione, in via sperimentale, di mutue integrative e/o sostitutive». Quindi è facile sostenere che la mutualità integrativa sia «la linea dell'avversario»: contrastarla prima, adattarsi alle necessità quando non se ne può fare a meno e magari, allora, raccogliere qualche briciola di vantaggio per le organizzazioni sindacali, da quella più innocente che si concretizza nella ricollocazione di sindacalisti, a quella più impegnativa che consente di fornire risorse alle organizzazioni.

4. *Gli spazi della mutualità integrativa*

Nel bel libro di autori vari¹ troviamo queste considerazioni: «In conclusione, il quadro generale che emerge dall'indagine sulle forme integrative di assistenza del settore assicurativo e *no-profit* è caratterizzato dal fatto che le diverse organizzazioni erogano sostanzialmente le medesime prestazioni del Servizio sanitario nazionale, con, però, molti casi di fondi che garantiscono anche interventi in settori quali l'odontoiatria, l'assistenza domiciliare agli anziani, le cure termali, le protesi. A differenza del mondo delle assicurazioni, quello della mutualità volontaria è impegnato in settori più complessi e difficili come l'assistenza ai non autosufficienti, ai portatori di handicap, ai tossicodipendenti e sono sempre più frequenti iniziative che prevedono ricerche mirate sui bisogni degli iscritti. La sensazione che si è ricavata dallo studio delle diverse organizzazioni è che si debba dare maggiore spazio all'introduzione di criteri manageriali di organizzazione dei servizi, alla consapevolezza di operare all'interno di una azienda con caratteristiche diverse rispetto a quelle di altre tipologie aziendali. Questo mondo, però, nel quale stanno avvenendo significativi cambiamenti, deve essere ulteriormente indagato per approfondire gli aspetti che mancano ad una visione più globale e completa. Uno di questi riguarda i principi tecnico-attuariali per la gestione finanziaria dei fondi medesimi, problema che non è stato affrontato, se non marginalmente in questo volume, per carenza di dati ed informazioni. A tale proposito, presso la Facoltà di Scienze statistiche, demografiche e attuariali dell'Università "La Sapienza" di Roma, sono in corso studi e approfondimenti su questa specifica tematica allo scopo di confrontare i due settori, assicurativo e *no-profit*, ed evidenziarne le differenze riguardanti la ricerca dell'equilibrio attuariale».

5. *Tentativi favorevoli di conciliazione*

La vera alternativa oggi non è tra la battaglia per un Ssn efficiente e tale da non lasciare spazio alla spesa privata o il subirne il dilagare; bensì tra una spesa privata che potrebbe essere indirizzata verso una

¹ Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C., 1999, *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

seria mutualità integrativa, oppure il dilagare della spesa diretta o delle polizze individuali.

È desiderabile che la legge detti regole per il funzionamento della mutualità integrativa analogamente a quanto si è fatto per la previdenza complementare con il decreto legislativo n. 124 del 21 aprile 1993.

Non sempre ci aiutano le esperienze internazionali. La già citata relazione di Mastrobuono e Guzzanti ci dice, ad esempio, riguardo al rimborso dei ticket, che: «Le esperienze internazionali sono assolutamente opposte. In Canada, ad esempio, le forme integrative di assistenza sanitaria non possono rimborsare i ticket, mentre, in Francia, le 3.000 Mutue presenti e alle quali aderiscono oltre 32 milioni di cittadini, rimborsano esclusivamente ticket (80% dei rispettivi bilanci)».

Ci aiutano, invece, alcune esperienze nostrane, dove si è provato a dar luogo a tipi di intervento che sollecitano l'utente ad utilizzare il Ssn. L'esempio riguarda un ipotetico intervento chirurgico, e la scelta è tra:

- ♦ rivolgersi al Ssn, in questo caso la mutua erogherà una diaria giornaliera che servirà a fronteggiare spese e disagi sempre prevedibili;
- ♦ preferire la clinica privata, rinunciando alla diaria, o andare in una clinica convenzionata non pagando niente;
- ♦ scegliere la clinica privata che si preferisce, pagare e attendere che la mutua rimborsi quanto si sarebbe speso con la clinica convenzionata.

Chiaro che in questa condizione i comportamenti saranno diversi a seconda dei differenti livelli di efficienza che saranno offerti dalle strutture pubbliche.

Sono poi interessanti taluni esperimenti che si fanno per intervenire nelle cure odontoiatriche, le riabilitazioni e le protesi, le cure termali, la possibilità di continuare la iscrizione alla mutua quando si va in pensione.

Una mutualità integrativa ben gestita può essere un bene e può essere competitiva nei riguardi delle polizze assicurative. Del resto le stesse compagnie assicurative sono incerte sul da farsi e applicano la regola della selezione inversa, questione che non si pone nei casi delle mutue aperte ad una intera popolazione.

Una riflessione ulteriore e specifica andrebbe svolta nei riguardi delle forme assicurative verso la non autosufficienza denominate «*long term care*». Gli esperimenti in atto non si prestano a fare bilanci. In Germania si è dato via a una forma di Fondo assicurativo obbligatorio.

È questione che merita un ragionamento specifico che potrebbe essere promosso vista la rilevanza del problema.

Note sul concetto di essenziale nella definizione dei Lep

Renato Balduzzi

L'oscillazione tra la nozione di livelli essenziali di assistenza sanitaria e quella di livelli minimi ha caratterizzato in Italia gli anni novanta ed è stata risolta, nella legislazione di settore, con la scelta dei Lea e della loro determinazione mediante decreto. A livello costituzionale, la nozione di livelli essenziali delle prestazioni è stata poi confermata dalla revisione

costituzionale del 2001. L'articolo ripercorre le tappe della questione, i significati sottostanti, mostrando come la nozione di livelli essenziali sia strettamente interrelata con l'esistenza di un Servizio sanitario nazionale, quale «collante» dei diversi Servizi sanitari regionali, dei quali viene rilevato il carattere centripeto, con la sola eccezione della Regione Lombardia.

1. Introduzione

Se è comunemente ammesso che la lettera *m*) dell'art. 117, c. 2, rappresenti la costituzionalizzazione di una nozione già presente nella legislazione ordinaria, in particolare nelle materie sanitaria e sociale (per la prima vedi l'art. 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché l'art. 6, comma 1, d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001, n. 405; per la seconda gli artt. 2, comma 2, e 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328)¹, controversa appare invece la determinazione del suo contenuto, in ragione dell'eterogeneità dei diritti civili e sociali cui i livelli essenziali delle prestazioni si raccordano.

Un'eterogeneità che traspare già nella legislazione ordinaria appena menzionata, se è vero che, mentre in campo sanitario si prevede una declaratoria «regolamentare» di tali livelli (anche se formalmente assunta con un d.p.c.m. non avente natura formale e procedimentale di regolamento)² come svolgimento dei principi legislativi, secondo quan-

¹ Sul punto v. già Balduzzi, 2002, pp. 18 ss.

² È abbastanza curioso che il problema della mancanza delle forme proprie del regolamento (parere del Consiglio di Stato, visto e registrazione della Corte dei

to si evince dal combinato disposto del citato art. 1, commi 6-8 (nel testo introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229) con il d.p.c.m. 29 novembre 2001³, in quello dell'assistenza la specificazione degli stessi è demandata alla «pianificazione nazionale, regionale e zonale» del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22, comma 2, legge n. 328 cit.).

Restrungendo l'attenzione al campo sanitario, va poi ricordato che la locuzione «livelli essenziali» aveva già trovato un'interessante esplicazione in sede di Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000⁴, che definiva «essenziali i livelli di assistenza che, in quanto necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) e ap-

Conti) non sia stato posto, né in genere a livello dottrinale, né in sede giurisprudenziale (si veda per es. Tar Lazio, sez. III-ter, 10 luglio 2002, n. 6252, che qualifica tale atto come «a contenuto generale e di indirizzo»; la Corte Costituzionale, nella sent. n. 88 del 2003, evita con cura di qualificare la natura di tale atto, pur trasparendo dalla pronuncia il riconoscimento del suo carattere regolamentare). La fuga dal regolamento è ancora più evidente se si pensa che, per il Piano sanitario nazionale (che il d.p.c.m. viene a «sostituire», per la parte concernente i Lea), era prevista la registrazione della Corte dei Conti.

³ «G.U.» 8 febbraio 2002, n. 33, suppl. ord. n. 26 (v. anche *Perrata corrige* in «G.U.» 14 febbraio 2002, n. 38). La sufficienza delle norme di fonte primaria introdotte dal d.lgs. n. 229 del 1999 a soddisfare l'esigenza di copertura legislativa del compito assegnato dalla lettera *m*), già segnalata in dottrina (Balduzzi, 2002, p. 18, n. 12), ha trovato successivamente conferma nella sent. n. 88 del 2003 della Corte Costituzionale (in *Giur. cost.*, 2003), che reputa soddisfatta l'attribuzione di competenza statale anche attraverso atti secondari, purché (com'è il caso) la loro discrezionalità sia efficacemente circoscritta da norme primarie (appunto l'art. 1 del d.lgs. n. 502, cui fa rinvio l'art. 6 del d.l. 18 settembre 2001, conv., con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001, n. 405, sulla cui base il d.p.c.m. è stato emanato). La previsione della sua adozione d'intesa con la sola Conferenza Stato-Regioni vale a rendere soltanto parzialmente fungibile tale procedura con quella prevista per l'adozione del Piano sanitario nazionale, al cui interno avrebbero dovuto essere contenuti tali livelli: le modificazioni più importanti riguardano l'esclusione del parere delle commissioni parlamentari e (singolare in un testo entrato in vigore dopo una riforma costituzionale volta a valorizzare il ruolo comunale) l'estromissione della voce dei Comuni, il Psn richiedendo l'intesa con la Conferenza unificata. Che i livelli essenziali di assistenza potessero trovare sede anche in atti attuativi del Piano era d'altra parte già ammesso dall'art. 1, c. 4, del citato d.lgs. (v. il commento di Vandelli-Bottari, 2000, pp. 37 ss.).

⁴ D.p.r. 23 luglio 1998 («G.U.» 10 dicembre 1998, n. 201, suppl. ord. n. 288); sul punto v. Balduzzi, 1998, p. 952.

propriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni), debbono essere «uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute». Alla definizione contenuta nel Piano, il menzionato art. 1 del d.lgs. n. 229 del 1999 avrebbe poi dato veste legislativa, ripresa e generalizzata a sua volta dal legislatore costituzionale.

Conviene subito sottolineare che la formula costituzionale, proprio perché tratta dalla legislazione ordinaria e dagli atti di programmazione generale, si presenta, almeno in materia sanitaria, con un contenuto tutt'altro che generico: nell'oscillazione, riscontrabile nella legislazione ordinaria degli anni novanta, tra livelli «minimi» e livelli «essenziali»⁵, il legislatore costituzionale opera una scelta precisa⁶, che ha notevoli conseguenze in sede ricostruttiva sostanziale.

Prescrivere livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria (quali definiti dal menzionato Piano sanitario e dalla cosiddetta riforma-*ter*) è infatti, come si cercherà di mostrare, altra cosa che prescrivere livelli minimi di tutela, tracciati secondo un arbitrario razionamento⁷:

⁵ La necessità che in sede di attuazione della delega si precisasse comunque «l'individuazione della soglia minima di riferimento» era evidenziata nell'art. 1, c. 1, lettera g) della legge n. 421 del 1992, recante delega per la riforma della legge n. 833 del 1978. Di «servizi minimi» parla, in tutt'altro settore materiale, il d.lgs. 19 novembre 1997, n. 422, in tema di trasporto pubblico locale, precisando però, al comma 2, che le Regioni determinano il livello di tali servizi («in modo da soddisfare le esigenze essenziali di mobilità dei cittadini»).

⁶ Si fa riferimento alla formulazione approvata a giugno 1997 dalla Commissione parlamentare per le riforme costituzionali, che attribuiva allo Stato la competenza a determinare «i livelli minimi comuni» delle prestazioni concernenti i diritti sociali e la tutela della salute. Nel testo del 4 novembre 1997 venne espunto il riferimento ai livelli minimi comuni e alla tutela della salute (ricompresa nella categoria generale dei diritti sociali) e si preferì proporre la formula «determinazione dei livelli delle prestazioni concernenti i diritti sociali che devono comunque essere garantiti in tutto il territorio nazionale»; v. sul punto Luciani, 2002, pp. 345 ss.; Chieffi, 2001, pp. 22 ss.; Pinelli, 2002, pp. 891 ss. (con una precisa ricostruzione della vicenda e delle sue implicazioni).

⁷ Un razionamento arbitrario che riducesse drasticamente il livello di tutela finirebbe poi per incorrere in quei medesimi dubbi sulla legittimità costituzionale di misure fortemente limitative di un diritto sociale attuativo di un disposto costituzionale, richiamati di recente da Siclari, 2002, pp. 111-112, riprendendo spunti di G.U. Rescigno e di F. Modugno. Sotto un profilo più generale, poi, la

(almeno) nella materia sanitaria non è ammessa confusione tra le due nozioni⁸.

2. La tensione tra vincoli di bilancio e obiettivi di tutela della salute

Centrale nella presente riflessione è la circostanza (sottovalutata da letture, anche recenti, tendenti a sfumare la dialettica essenziali/minimi)⁹, che siffatta contrapposizione percorre tutta la riflessione sui modelli di politica sanitaria dell'ultimo decennio del secolo scorso, in quanto strettamente interrelata alla più nota e generale *querelle* sul si-

formula dei livelli essenziali ricorda il principio, avanzato in sede di scienze economiche, dell'«universalismo sostenibile», basato appunto sull'idea non di dare tutto a tutti, ma di garantire l'essenziale a tutti: v. Zamagni (a cura di), 1998.

⁸ Molte paiono le implicazioni della distinzione tra livelli minimi e livelli essenziali sui modelli di sistema sanitario. Così, ad esempio, l'obbligo di assicurare la tutela dei livelli essenziali favorisce un assetto dell'organizzazione pubblica basato su un sistema a programmazione concertata (quale, in Italia, disegnato dal *continuum* legge 833-decreti di riordino-riforma-ter, sulle implicazioni di tale sistema v. ora le osservazioni di Menichetti, 2002, pp. 221 ss.): se il sistema pubblico deve fornire i livelli essenziali (cioè tutte le prestazioni necessarie e appropriate, con i limiti di cui all'art. 1, c. 7, del d.lgs. n. 502/1992 e succ. modd. e nel quadro di una contestuale individuazione delle risorse pubbliche tratte dall'imposizione generale), non c'è alcun reale interesse a sistemi di finanziamento di tipo assicurativo individuale se non per prestazioni integrative e non sostitutive di quelle fornite a carico dei Ssr, dovendo comunque essere garantiti determinati servizi e prestazioni e avendo il sistema pubblico interesse all'ottimale utilizzazione delle strutture accreditate e «accordate» (ai sensi dell'art. 8-bis del citato d.lgs.). Per contro, se l'obbligo fosse di fornire livelli minimi di assistenza, vi sarebbe una forte incentivazione verso una modificazione del sistema in senso concorrenziale-deregolato, estendendosi il finanziamento mediante sistemi di assicurazione individuale di tipo sostitutivo e non soltanto integrativo per coprire le esigenze ulteriori rispetto a quelle «minime».

⁹ Non mi riferisco tanto a quei tentativi, di taglio prevalentemente ideologico, che affiancano ai livelli essenziali quelli minimi al fine di prefigurare uno scenario di sistema assai diverso da quello disegnato a partire dalla legge n. 833 (si v., ad esempio, la relazione illustrativa dell'originario A.S. 1187 sulla cosiddetta devoluzione, che richiama i «livelli minimi essenziali»), quanto piuttosto a quelle analisi, certamente più impegnate e non pregiudizialmente ostili, che leggono nella lettera *m*) la conferma della riduzione del *welfare state*: v., ad es., Pinelli, 2002, pp. 881 ss.; D'Aloia, 2003, pp. 1063 ss.

gnificato della spesa sanitaria e sulle tecniche per il suo contenimento: in termini più tecnici, è la *vexata quaestio* se il contenimento della spesa pubblica sanitaria vada ascritto tra i vincoli imposti dal sistema alla tutela della salute oppure tra gli obiettivi da raggiungere.

Alle origini della discussione stanno alcune (probabilmente volute) ambiguità della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la quale, da una parte, indicava il contenimento della spesa sanitaria tra gli scopi da raggiungere dalla normativa delegata di riordino (art. 1, c. 1, primo periodo) e, dall'altra, riservava allo Stato (c. 1, lett. *b*) «la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria» imponendo peraltro di stabilire «comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento» (lett. *g*), il tutto «in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria».

Per quanto il legislatore delegato abbia poi sciolto tali ambiguità negando all'esigenza di contenimento della spesa un rilievo autonomo come obiettivo e, da parte sua, la Corte Costituzionale abbia confermato tale impostazione respingendo una censura di parte regionale fondata sull'assunto che il contenimento della spesa pubblica fosse l'unico obiettivo per la determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria¹⁰, tale oscillazione di significato sarebbe rimasta sullo sfondo dell'attuazione operativa della riforma, concorrendo a determinare una situazione di fatto e una mentalità degli operatori più propensa a concentrare il proprio interesse sul vincolo, anziché sull'obiettivo di salute e sulla salute come risorsa strategica del sistema¹¹.

Su queste premesse, non stupisce più di tanto che il legislatore ordinario abbia introdotto, nella legge finanziaria per il 2003, la regola per cui le Regioni sono tenute ad adottare «provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera *c*) del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome». Paradossalmente, una disposizione siffatta, palesemente orientata a privilegiare l'equilibrio di bilancio rispetto agli altri parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali e dunque espressione di un orientamento che non è esagerato definire antitetico rispetto all'orientamento della riforma-*ter* (si v. l'art. 2, c. 1, lett. *u*) della legge

¹⁰ Corte Cost., sent. n. 355 del 1993 (sul punto v. Balduzzi, 1998, p. 950).

¹¹ Per qualche esempio v. ancora Balduzzi, 1998, p. 951, nt. 18.

30 novembre 1998, n. 419 e l'art. 3-*bis*, commi 5 e 8 del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 229/1999), potrebbe peraltro avere come conseguenza indiretta, esempio ennesimo della sempiterna eterogenesi dei fini, quella di stimolare la corretta attuazione della disposizione che prevede la determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, quali criteri per determinare il trattamento accessorio dei direttori generali.

Questo orientamento del legislatore sconta un ritardo culturale e un ritardo politico, strettamente intrecciati: la materia sanitaria in Italia conosce una dialettica forte sul modello di sistema, che tuttavia non si è mai tradotta in un reale dibattito nazionale sul modello e sui suoi principi di fondo¹², né le varie maggioranze politiche si sono distinte nel mettere i temi della sanità in particolare evidenza. Non lo ha fatto il legislatore, parlamentare o governativo, della XIII legislatura, che ha preferito presentare, anche formalmente, il proprio intervento come razionalizzazione dell'assetto posto dai decreti di riordino 1992/1993. Non lo ha fatto e non lo fa l'aspirante legislatore costituzionale *de jure condendo* sulla devoluzione, che preferisce minimizzare la portata del proprio intervento rimettendo le norme generali sulla tutela della salute alla potestà esclusiva statale, né il legislatore ordinario che ha preferito legittimare la pluralità di modelli attraverso la tecnica (d.l. 18 settembre 2001, n. 347, conv., con mod., nella legge 16 novembre 2001, n. 405) della negazione della natura di principio fondamentale alle disposizioni in tema di sperimentazioni gestionali e di costituzione di aziende ospedaliere.

A ulteriore conferma di quanto qui affermato c'è il rinnovato *misunderstanding* sul rapporto tra vincoli di bilancio ed esigenze di tutela nell'art. 1 del d.lgs. n. 502: lungi dal configurare una gerarchia tra i due elementi, la riforma-*ter* sembra imporre una considerazione equilibrata degli stessi, emblematicamente in quell'avverbio «contestualmente» che si riferisce al momento dell'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale rispetto al momento dell'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché nel procedimento circolare (Regioni, Stato, Regioni) che attiene all'individuazione dei livelli essenziali di assistenza. Si tratta di disposizioni di importante significato sistematico, che la prassi fatica ad attuare (ma si vedano, più avanti, le considerazioni in tema di legislazione regionale),

¹² Sulla mancanza di un dibattito nazionale sul modello di sanità (presente invece in ordinamenti federali, per es. in Canada) v. Balduzzi, 2002, p. 17, nt. 11.

non aiutata, salvo eccezioni, dalla dottrina che preferisce cullarsi sulla teoria del diritto finanziariamente condizionato¹³.

3. Il concetto di essenzialità

Quanto al significato di essenzialità, va preliminarmente osservato che la lettera *m*) viene a costituzionalizzare espressamente quanto già implicitamente ricavabile e ricavato in via giurisprudenziale¹⁴, e oggi sintetizzato nell'ormai noto *obiter dictum* della sent. n. 282 con il riferimento al «godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti»: il rapporto tra *Wesensgehalt* del diritto e livelli essenziali delle prestazioni è di sostanziale identità¹⁵, avendo cura di precisare che, mentre il primo concetto, pur necessitando di contestualizzazioni e precisazioni, si presta a una formalizzazione e concettualizzazione, il secondo trova nel contesto e nell'attuazione concreta gli elementi della sua definizione operativa. Se questa lettura è corretta, allora dobbiamo richiamare le acquisizioni interpretative, anche a livello comparatistico, maturate sulla nozione di contenuto essenziale, il cui denominatore comune, e comunemente accettato, sta nel considerare essenziale tutto ciò che, mancando, lederebbe la dignità umana¹⁶ (il «nucleo irriducibile», appunto¹⁷).

Il riferimento all'essenzialità, nella prospettiva qui accolta, non sembra tanto volto a rispondere alle preoccupazioni di ordine budgetario cui le formulazioni «minime» volevano rispondere¹⁸, quanto piuttosto a qualificare i tratti essenziali della forma di Stato e le sue caratteristiche di garanzia dei diritti sino al massimo livello di tutela della dignità umana.

¹³ V. però la riflessione di France, 2003, pp. 73 ss., spec. pp. 101 ss.

¹⁴ V. sul punto D'Aloja, 2003, par. 7.

¹⁵ Svolgimenti ulteriori sul punto in Balduzzi, 2003, pp. 247 ss. Così, tra gli altri, Pinelli, p. 895; D'Aloja, 2003, par. 3.

¹⁶ V. soprattutto Häberle, 1993, spec. 79 ss.

¹⁷ Corte Cost., sent. n. 309/1999; 509/2000. Secondo D'Aloja (2003), da queste e da altre decisioni si ricaverebbe che, per la Corte italiana, il livello minimo dei diritti deve essere anche essenziale, cioè adeguato a garantire sostanzialmente il «ciclo vitale» degli interessi costituzionalmente protetti attraverso «un accettabile livello qualitativo e quantitativo di prestazioni» (sent. n. 355 del 1993); per le ragioni illustrate nel testo, sembra però preferibile la lettura volta a rimarcare la differenza qualitativa tra le due nozioni.

¹⁸ V. sul punto soprattutto Balboni, 2001, pp. 1103 ss., spec. p. 1109.

In materia sanitaria, in particolare, l'inerenza della dignità umana presenta caratteri singolarmente cogenti, attesa la natura dei beni della vita tutelati. Si comprende allora perché il legislatore ordinario, in dialogo con gli strumenti di pianificazione nazionale¹⁹, abbia qualificato come essenziali i livelli necessari e appropriati (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia alle modalità di erogazione delle prestazioni)²⁰. Detto in termini meno tecnici, essenziali sono, per il legislatore ordinario, tutte le attività che «i medici decidono di fare, in ragione della loro autonoma valutazione professionale delle necessità assistenziali dei pazienti», salvo quelle che non rispettino i parametri di efficacia e appropriatezza: dunque i livelli essenziali di assistenza definiscono, in sanità, il tetto massimo, il livello massimo, non la soglia, cioè il livello minimo delle garanzie offerte a tutti i concitati²¹.

4. I requisiti: minimi o essenziali?

La previsione di livelli essenziali e uniformi di assistenza quale oggetto di competenza esclusiva statale implica conseguenze importanti anche sull'organizzazione dei servizi sanitari: è arduo immaginare un sistema capace di assicurare tali livelli senza un'organizzazione ultraregionale, e d'altra parte lo stesso procedimento concertato per la determinazione dei Lea ha confermato la necessità di una forte concertazione tra livelli regionali tra loro e con il livello statale. Sotto questo profilo,

¹⁹ Si v. il già menzionato d.p.r. 23 luglio 1998, *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000* («G.U.» 10 dicembre 1998, n. 288, suppl.).

²⁰ Va ricordato che il principale criterio di esclusione dai Lea attiene a quegli interventi che non rispondono al requisito della appropriatezza clinica («la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili») e/o sono relativi a «soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate») e organizzativa (cioè quelle forme di assistenza le quali «pur rispondendo al principio dell'efficacia clinica, risultano inappropriate rispetto alle specifiche necessità assistenziali, in quanto sproporzionate nei tempi, nelle modalità di erogazione o nella quantità di prestazioni fornite», per questa via descrivendo un altro profilo dell'appropriatezza, quello «temporale», l'erogazione cioè delle prestazioni e dei servizi in tempi adeguati alle necessità assistenziali degli utenti): per un approfondimento sul tema dell'appropriatezza v. Balduzzi, 2004a, pp. 73 ss.

²¹ Così, efficacemente, Taroni, 2004, p. 344.

non deve stupire l'affermazione secondo cui la determinazione dei livelli essenziali e uniformi presuppone, in sanità, un'organizzazione sul tipo Servizio sanitario nazionale²²: d'altronde, è su questa base che la giurisprudenza costituzionale disegnò o legittimò, nel previgente regime, una trama di rapporti Stato-Regioni in campo sanitario largamente innovativa, quando non derogatoria, rispetto al modello costituzionale²³. Una tale conclusione è oggi accettabile soltanto a condizione di chiarire bene che il Servizio sanitario nazionale di cui si parla è quello disegnato dall'art. 1, c. 1, del d.lgs. n. 229 del 1999, che ha così sostituito il precedente art. 1, c. 1, dei decreti di riordino del 1992/1993, e che lo qualifica come il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali»²⁴. Anche dalla formula dei livelli essenziali deriva, allora, una spinta all'individuazione di forme e tecniche capaci di assicurare la tenuta complessiva del sistema.

Per completezza di ragionamento, va qui accennato ad un equivoco, in cui talvolta indulge anche la difesa dello Stato in sede di giudizio di legittimità costituzionale, di equiparare ai Lea i requisiti «minimi» (strutturali, tecnologici e organizzativi) che la vigente normativa assegna in materia di autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private (art. 8, c. 4, e art. 8-*bis* del d.lgs. n. 502 cit.) e che sono stati individuati mediante atto di indirizzo e coordinamento (d.p.r. 14 gennaio 1997). Vi è sicuramente un nesso tra tali requisiti e la determinazione dei livelli essenziali di cui

²² Sembra questo l'assunto di fondo di Mattioni, 2002, pp. 47 ss. Una conferma di quanto sostenuto nel testo si ha scorrendo il d.m. 12 dicembre 2001 (Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, «G.U.» 9 febbraio 2002, n. 34, suppl. ord.), emanato ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56: esso presuppone un sistema informativo sanitario e un'organizzazione di aziende sanitarie e ospedaliere non radicalmente dissimili tra di loro, quali presupposti per verificare, tra l'altro, l'effettività della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

²³ V. le fini osservazioni di Mor, 1999, pp. 1137 ss.

²⁴ La disposizione così continua: «[...] e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto»: superfluo aggiungere che, alla luce del nuovo titolo V, andrebbe verificata la compatibilità costituzionale di questa seconda parte della definizione; sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico v. ora Balduzzi, 2004b, pp. 41 ss.

alla lettera *m*), perché soltanto strutture in possesso di determinati requisiti possono assicurare le prestazioni necessarie, efficaci e appropriate in cui quei livelli si sostanziano, ma si tratta di profili in sé diversi, ancorché appunto strettamente correlati: a tacer d'altro, il possesso dei requisiti è condizione necessaria, ma non sufficiente, per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale, a tale scopo richiedendosi requisiti ulteriori di qualificazione, oltre che la rispondenza delle strutture autorizzate agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (art. 8-*quater*, d.lgs. n. 502 cit.). Ne consegue che la previsione regionale di tali requisiti ulteriori viene a integrare il quadro dei principi fondamentali sul come assicurare la garanzia dei diritti, a conferma peraltro della estrema difficoltà se non pericolosità, in campo sanitario come in altri campi, di separare nettamente tutela dei diritti e profili organizzativi della stessa²⁵.

Da quanto detto si evince allora che neanche i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi possono rimanere «minimi», una volta che la struttura interessata voglia entrare nel circuito dei Servizi sanitari regionali.

Possibile fonte di confusione (oltre che prescrizione di dubbia legittimità costituzionale con riferimento alle attribuzioni regionali in materia, posto che si tratta di oggetto sul quale già in precedenza le Regioni disponevano di competenza legislativa) appare pertanto la recente disposizione, contenuta nella legge finanziaria per il 2005 (art. 1, comma 169, legge 30 dicembre 2004, n. 311), secondo cui anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle prestazioni rientranti nei Lea siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza Stato-Regioni. A parte l'infelice e faticosa formulazione, tale disposizione amplia esageratamente la nozione di livelli essenziali, riproducendo quella confusione tra requisiti minimi strutturali e Lea sopra segnalata.

²⁵ Per la posizione del problema v. Balduzzi, Di Gaspare, 2001, pp. 15 s.

5. Le difficoltà di formalizzazione dei Lea

I giuristi, i costituzionalisti in specie, fanno un po' fatica con le tabelle e gli elenchi di prestazioni. Così si è talora valutato insufficiente l'allegato 1.A, che reca la mera classificazione dei livelli, senza peraltro tener conto che l'allegato 1.B, nonostante il titolo un po' reticente («Ricognizione della normativa vigente, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni»), contiene, direttamente o *per relationem*, un elenco di standard qualitativi o di atti e documenti che li contengono. Il problema è, naturalmente, la «forza» di tali riferimenti: non possono essere intesi come assolutamente cogenti, in quanto ciò comporterebbe l'avocazione in capo a tali «fonti» (linee guida, progetti obiettivo, accordi collettivi nazionali) delle modalità organizzative e strutturali delle prestazioni erogabili e dei programmi di intervento previsti; d'altra parte, essi non vanno neanche considerati quali meri orientamenti consigliati, sia perché in molti casi le loro indicazioni rilevano in procedimenti giurisdizionali civili o penali, sia perché il loro inserimento nella declaratoria dei Lea li aggancia alle prescrizioni costituzionali non solo della lettera *m*), ma altresì dell'art. 119, comma 5 e 120, comma 2. La loro effettività è lasciata al sistema di relazioni tra livelli di governo e alle dinamiche interne a ciascun livello di governo nelle interazioni con le collettività di riferimento. Dinamiche riassumibili con l'espressione «appropriatezza», termine che campeggia in tutto il d.p.c.m., ma soprattutto negli allegati 3.A e 3.B, i quali fungono quasi da «istruzioni per la lettura» rispetto alla declaratoria vera e propria.

Si potrà discutere la qualità formale del d.p.c.m. sui Lea, oltre che le sue singole clausole. In particolare, appare problematico il rinvio agli Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni quali fonti dei Lea (allegato 1.B), «nei limiti previsti dal grado di cogenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in essi convenuto», in quanto siamo palesemente fuori dalla copertura dell'art. 1 d.l.g.s. 502, anche nella lettura datane dalla sent. 88 del 2003. È però indubitabile sia la sua natura razionalizzatrice (si veda in particolare la quinta colonna delle tabelle dell'allegato 2.B, che indica il riferimento alla classificazione dei livelli contenuta nel menzionato allegato 2.A), sia la sua efficacia operativa, posto che con esso sono venuti meno gli alibi che alcune Regioni adducevano per giustificare la mancata approvazione degli strumenti regionali di programmazione e pianificazione.

Poco studiata sinora²⁶ è stata la qualificazione che il d.p.c.m. recante la declaratoria dei Lea ha fatto di alcuni Allegati come «linee guida», escludendo nel contempo che costituiscano parte integrante del decreto stesso e come tali non compresi, almeno *in toto*, in quella che eufemisticamente potremmo chiamare la singolare legificazione delle prestazioni riconducibili ai livelli essenziali di assistenza e l'ancora più incredibile contestuale delegificazione operate dai commi 2 e 3 della legge 27 dicembre 2002, n. 289²⁷. Si tratta di linee guida assai diverse da quelle previste dall'art. 1, c. 15 del d.lgs. n. 502/1992, che fanno riferimento a una competenza del solo ministro della Sanità il quale, «avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento». Qui siamo invece in presenza di documenti volti a suggerire alle Regioni la necessità di prevedere opportune precisazioni in ordine alle condizioni di erogabilità delle prestazioni incluse nei livelli essenziali «al fine di assicurare un più pieno rispetto del principio di appropriatezza» (Allegato 4), oppure a porre in capo alle Regioni una serie di obblighi di carattere organizzativo in tema di liste di attesa (Allegato 5). Nel primo caso, più che di linee guida sarebbe opportuno parlare di vero e proprio obbligo, tanto è vero che, forse non essendo soddisfatto della forza cogente delle linee guida, il legislatore ha pensato bene di inserire nella legge finanziaria per il 2003 l'obbligo per le Regioni di adottare, pena l'esclusione dall'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per il triennio a venire, «criteri e modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse»: dove si conferma una volta di più l'intreccio delle regole sull'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni con le regole sulle condizioni e modalità organizzative di

²⁶ Si vedano però gli spunti in Balduzzi, 2004c, pp. 399 ss.; più ampiamente ora Cuocolo, 2005, spec. cap. IV, par. 6, cap. VI, par. 8, cap. IX, par. 3.

²⁷ Inizialmente in numero di quattro, ne è stato aggiunto un quinto con d.p.c.m. 16 aprile 2002, *Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa*. Al pari dell'Allegato 4, *Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di Lea*, anche di tale Allegato non si dice che costituisce parte integrante del d.p.c.m., a differenza di quanto dispone per gli altri Allegati l'art. 1, c. 1 del d.p.c.m. 29 novembre 2001.

prestazione delle stesse e la connessa difficoltà di circoscrivere alle prime la competenza statale, peraltro esercitata d'intesa²⁸. Nel secondo siamo in presenza di obblighi di carattere organizzativo, più debolmente connessi al livello essenziale della prestazione e invece relativi alla sua efficacia, che ben difficilmente oggi potrebbero essere posti in capo alla competenza statale, salvo che come principi fondamentali (ove si ammetta, come qui si ammette, che la tutela della salute comprenda anche profili attinenti all'organizzazione sanitaria). L'impressione conclusiva è che la singolarità del ricorso alla tecnica delle linee guida sottintenda la difficoltà di risolvere per altra via il problema di fondo sulle interferenze tra disciplina del livello essenziale e disciplina organizzativa.

6. *Alcune considerazioni in chiave comparativa*

Anche la considerazione comparatistica porta argomenti alla tesi di fondo qui sostenuta, circa l'influenza del dato costituzionale e del lessico costituzionale sulla qualificazione come minimi o essenziali dei livelli di assistenza e, in particolare, su come l'oscillazione tra diritto al minimo vitale (qualche volta ribattezzato come «diritto alle cure mediche essenziali», a conferma che il linguaggio in questo campo è assai poco sorvegliato anche all'estero) e diritto alle cure necessarie risponda alle sollecitazioni del dettato costituzionale. Così, il diritto alle cure idonee ad assicurare un minimo vitale appartiene ormai espressamente al diritto costituzionale scritto della Confederazione elvetica, mentre oltre la soglia del bisogno non vi è obbligo pubblico di prestazione in campo sociale²⁹; parimenti, nell'esperienza tedesco-federale, accanto ai *Mantelverträge* e alle *Richtlinien* con la funzione di assicurare rispettivamente gli standard minimi inderogabili dalla contrattazione e la loro applicazione alle diverse fattispecie mediche, troviamo le cosiddette *Leitlinien* emanate a livello statale e la cui funzione pratica è quella di costituire il parametro finale della necessità e dell'appropriatezza delle cure, integrando in ciò la codificazione sociale federale,

²⁸ Sul procedimento di formazione del d.p.c.m. 29 novembre 2001 v. già Balduzzi, 2002, p. 18, nt. 12, p. 27; tale procedimento è stato oggetto di apprezzamento da parte della Corte Costituzionale (sent. n. 88 del 2003), che lo ha ritenuto idoneo a soddisfare i vincoli costituzionali.

²⁹ V. sul punto le indicazioni di Ferioli, 2002, pp. 52 ss.

in linea con un modello federale incline a raggiungere i risultati voluti più attraverso una catena di decisioni multilivello che non attraverso concertazioni e intese tra i livelli di governo³⁰.

7. I livelli essenziali nei modelli regionali

Quanto all'uniformità dei livelli essenziali, si tratta a tutta evidenza del problema di fondo in un ordinamento decentrato, una tensione continua tra il livello di tutela (che si vuole «uniforme») e il livello gestionale e organizzativo (per definizione autonomo, dunque non necessariamente orientato all'uniformità).

Non è probabilmente un caso che gli orientamenti «devoluzionistici» preferiscano parlare di eguaglianza, anziché di uniformità³¹, anche se probabilmente, almeno in materia sanitaria, la differente terminologia non pare possa condurre a risultati molto diversi, tenuto conto che l'eguaglianza della tutela dei diritti altro non è che la doverosità di una tutela uniforme dei medesimi quanto al loro nucleo essenziale, cioè esattamente il significato normativo della lettera *m*). Ho scritto «doverosità» perché l'effettività di siffatta uniformità di tutela è, di tutta evidenza nel nostro paese, un obiettivo cui tendere e non un dato della situazione, concorrendo all'effettività della tutela una serie complessa di fattori ambientali, culturali, socioeconomici e organizzativi che rende del tutto irrealistico pensare che la formulazione di principi e regole costituzionali possa da sola (anche se accompagnata da atti di normazione subordinata) realizzare compiutamente il valore e l'interesse tutelato.

Se dal livello nazionale volgiamo lo sguardo alle realtà regionali, è agevole rilevare che, salvo alcune eccezioni, non si è verificata, almeno sinora, la corsa al modello legislativo, forse perché i «modelli» già preesistevano, in forza del carattere largamente decentrato del Servizio sanitario nazionale almeno a partire dalla fine degli anni ottanta. La differenza tra le realtà regionali, più che ricollegarsi a modelli rigidi, sembra così riassumibile: da una parte, Servizi sanitari regionali che rimarcano il loro essere dentro il Servizio sanitario nazionale, introducendo scostamenti, anche importanti, ma non tali da fuoriuscire dal

³⁰ Cfr., anche per indicazioni bibliografiche, Orofino, 2002, pp. 61 ss., 71 ss. In generale v. Buglione, France, Liberati, 2001.

³¹ Si v. la citata relazione al d.d.l., Atti Senato n. 1187 (*retro*, nt. 9).

sistema; dall'altra, alcune eccezioni (la più consolidata e l'unica che possa aspirare a porsi come tipo è quella lombarda). Tale situazione non legittima peraltro il giudizio che è stato recentemente avanzato circa il prevalere (e il perpetuarsi) di una legislazione regionale di mero aggiustamento, reattiva soltanto alle sollecitazioni di natura budgetaria e avente per obiettivo quasi ossessivo il contenimento della spesa, soprattutto ospedaliera e farmaceutica. Certamente, le incertezze del quadro costituzionale non inducono verso grandi operazioni di sistemazione normativa, ma le Regioni e le Province autonome sembrano nel loro insieme orientate con chiarezza sulla strada della promozione di tecniche di uso appropriato delle risorse e di appropriatezza delle prestazioni (strada peraltro pressoché obbligata, se è vero che l'unico modo per arrivare in posizione di forza ai periodici «vertici» con i ministeri interessati e contrattare vantaggiosamente i profili budgetari consiste nel «mettere ordine in casa propria») ³².

Non è casuale, da questa angolatura, che la sola vera realtà regionale davvero dissonante in tema di livelli essenziali sia appunto quella lombarda (il cui Piano socio-sanitario 2002-2004 propone di sostituire la nozione di livelli essenziali di assistenza con quella di livelli necessari garantiti, in considerazione della premessa secondo cui «la definizione dei livelli di assistenza si connota come razionamento esplicito con tutte le conseguenze che ciò comporta sia a livello etico che a livello sociale»), cioè quella di un legislatore locale che, a partire dal 1996, si è mosso su linee alternative al modello nazionale, portando la separazione delle funzioni di produzione e di acquisto dei servizi alle sue conseguenze massime e prevedendo che le aziende sanitarie locali concentrino il proprio ruolo nelle funzioni di programmazione finanziaria, acquisto e controllo, da ultimo smettendo quelle funzioni di tutela attiva anche in quei settori (es. prevenzione) nei quali continuavano a conservarla.

Il punto allora sembra essere il seguente: verificare se, in un determinato ordinamento decentrato e in relazione a determinati diritti, siano presenti, da un lato, condizioni finanziarie e organizzative di partenza idonee a consentire di percorrere un cammino verso l'obiettivo proclamato e, dall'altro, tecniche e strumenti di monitoraggio e di intervento idonei a correggere eventuali scostamenti rispetto a tale percorso. Riprendendo uno spunto tratto da Konrad Hesse, sulle condizioni

³² Sul punto si rinvia a Balduzzi, 2005.

per il funzionamento ottimale di un siffatto sistema³³, vengono in rilievo sia la già accennata procedura che la normativa statale delinea per l'individuazione di risorse certe per i Servizi sanitari regionali (la contestualità tra l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi e l'individuazione delle risorse finanziarie)³⁴, sia, ancora una volta, l'esigenza di strumenti e tecniche di raccordo verticale e di auto coordinamento orizzontale.

Quello che è certo è che, in siffatti ordinamenti, la soluzione della tensione tra livelli essenziali e livelli minimi si può trovare principalmente a livello di ordinamenti locali. Ecco perché sembra coerente concludere queste brevi note richiamando la recente l.r. Emilia-Romagna 23 dicembre 2004, n. 29, recante «Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale», nella quale i Lea, definiti quale «complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno»³⁵ giocano il ruolo di perno sistematico attorno a cui costruire il modello di Servizio sanitario regionale.

Riferimenti bibliografici

- Balboni E., 2001, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, pp. 1103 ss.
- Balduzzi R., 1998, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, «Quaderni regionali», p. 950.
- Balduzzi R., 2002, *Titolo V e tutela della salute*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano.

³³ E cioè competenze chiare e risorse certe, metodo cooperativo verticale tra i diversi livelli di governo e auto cooperazione orizzontale (Hesse, 1962, cit. in Balduzzi, 1998, p. 961).

³⁴ Si v. da ultimo l'Accordo sancito in data 8 agosto in sede di Conferenza Stato-Regioni. Tali procedure, ancorché perfezionabili, costituiscono un tentativo da parte dei livelli di governo, in particolare quelli regionali, di superare dinamicamente la logica economicistica che troppo spesso ha prevalso nella materia sanitaria, secondo la prospettiva indicata da Pezzini (2002, pp. 102 ss.).

³⁵ «Nel rispetto – prosegue, non senza qualche ridondanza, la disposizione in questione (art. 1, comma 2, lett. d) – dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse».

- Balduzzi R., 2003, *I livelli essenziali in sanità. Relazione*, in G. Berti, G.C. De Martin (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Giuffrè, Milano, pp. 247 ss.
- Balduzzi R., 2004a, *L'appropriatezza in sanità. Il quadro di riferimento legislativo*, in Fondazione Smith Kline, *Rapporto Sanità 2004*, a cura di N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara, Il Mulino, Bologna.
- Balduzzi R., 2004b, *La riforma degli Ircs: una sperimentazione gestionale «top-down» che disattende la Costituzione?*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2004*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- Balduzzi R., 2004c, *Considerazioni di sintesi*, in Balduzzi R. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004, pp. 391 ss.
- Balduzzi R., 2005 (in corso di pubbl.), *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, relazione al Congresso di Varenna, 16-18 settembre 2004, Giuffrè, Milano.
- Balduzzi R., Di Gaspare G., 2001, «Introduzione», in R. Balduzzi, G. Di Gaspare, *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, Giuffrè, Milano, pp. 3 ss.
- Buglione E., France G., Liberati P., 2001, *Federalismo, regionalismo e standard nazionali sanitari*, a cura di G. France, Giuffrè, Milano.
- Chieffi L., 2001, «Riforma delle autonomie e trasformazione del Welfare in Italia», in Chieffi L. (a cura di), *Evoluzione dello Stato delle autonomie e tutela dei diritti sociali. A proposito della riforma del Titolo V della Costituzione*, Cedam, Padova.
- Cuocolo L., 2005 (in corso di pubbl.), *La tutela della salute tra nuovo regionalismo e federalismo*, tesi di dottorato.
- D'Aloia A., 2003, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni, «Le Regioni»*, pp. 1063 ss.
- Feroli E., 2002, *Federalismo e sanità: l'ordinamento elvetico*, «L'Arco di Giano», n. 32, pp. 52 ss.
- France G., 2003, *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di «policy innovation»*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Häberle P., 1993, *Le libertà fondamentali nello stato costituzionale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Hesse K., 1962, *Der unitarische Bundesstaat*, Müller, Karlsruhe.
- Luciani M., 2002, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione)*, «Politica del diritto», pp. 345 ss.
- Mattioni A., 2002, *Salute e assistenza. Rapporti tra «livelli di governo» dopo la recente revisione costituzionale*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano.
- Menichetti E., 2002, *Il Servizio sanitario nazionale e il sistema integrato dei servizi sociali tra ordinamento interno e ordinamento comunitario*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano.
- Mor G., 1999, *Ruolo e funzioni della Regione nel Servizio sanitario nazionale*, «Sanità pubblica», pp. 1137 ss.
- Orofino M., 2002, *Il sistema tedesco: dal diritto fondamentale alla salute all'organizzazione sanitaria*, «L'Arco di Giano», n. 32, pp. 61 ss.

- Pezzini B., 2002, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano.
- Pinelli C., 2002, *Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, «Diritto pubblico», pp. 891 ss.
- Siclari M., 2002, *Le indicazioni della più recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto alla salute e di diritto all'assistenza*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, p. 111 ss.
- Taroni F., 2004, *Livelli essenziali di assistenza, ipotesi «federali» e futuro del Servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004, pp. 339 ss.
- Vandelli L., Bottari C., 2000, «Art. 1», in F. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini.
- Zamagni S. (a cura di), 1998, *L'economia civile*, Il Mulino, Bologna.

IN RICORDO

Analisi dei cambiamenti dell'occupazione nel decennio 1991-2000

Gianni Billia

RPS

L'intensa e più che trentennale attività pubblica svolta da Gianni Billia è cessata il 9 ottobre dello scorso anno quando, all'improvviso, la sua vita è stata stroncata. Lo ricordiamo instancabile, vulcanico, pieno di energie, di idee, sempre alla ricerca di nuove soluzioni organizzative e tecnologiche, nell'intento di trovare i modi per far funzionare al meglio la macchina della pubblica amministrazione: una macchina inceppata, lenta, non idonea a servire i cittadini, i pensionati, il sistema delle imprese. Come ha detto Giuliano Cazza nel ricordarlo: «Vorremmo pensare che sia stato il Padreterno, preoccupato per le cattive performance del sistema informativo, a chiamarlo a sé perché rimetta le cose a posto, e questo per l'entusiasmo e la determinazione dimostrata in occasione di tante sfide impossibili».

A noi piace anche ricordare di Gianni Billia l'insistenza nel ricercare dati, numeri, nel chiedere a tutti i segmenti della pubblica amministrazione dotati di un sistema informativo, di incrociare conoscenze, di metterle in rete, di raggiungere livelli più elevati di elaborazione. Tutto ciò per capire meglio il trend dell'occupazione, l'evoluzione del mercato del lavoro, per poter interpretare, in definitiva, il cambiamento della nostra società.

Il contributo che Gianni Billia aveva sottoposto all'attenzione della nostra rivista e che pubblichiamo in questo numero, si colloca proprio in questo solco dell'attività e bene interpreta l'uomo che ci ha lasciato, di cui non dimenticheremo la tenacia con la quale non ha mai smesso di insegnare a non accontentarsi dei traguardi raggiunti, ma di andare avanti nell'impiego di tecnologie sempre più sofisticate per conoscere e leggere in tempo reale i grandi fenomeni economici e sociali della nostra società.

1. Introduzione

L'obiettivo è quello di fornire un'analisi dei grandi cambiamenti che la struttura produttiva del paese ha affrontato nel decennio dal '91 al 2000 sia in termini di analisi della composizione degli occupati che della struttura aziendale.

Le principali variabili che nell'anzidetto periodo hanno maggiormente influenzato la struttura occupazionale, modificandone la composizione riguardano:

- ♦ la dinamica del lavoro autonomo rispetto al lavoro dipendente all'interno dell'occupazione globale;
- ♦ l'influenza che nella composizione degli occupati hanno avuto la nascita di nuove categorie di lavoratori quali i quadri e i parasubordinati e la crescente presenza di lavoratori extracomunitari;
- ♦ il ruolo di sostegno all'occupazione svolto dagli ammortizzatori sociali e dai prepensionamenti nella fase critica dell'economia a seguito dello smantellamento delle partecipazioni statali e dall'abbandono di alcune produzioni (nucleare, informatica, aereospaziale, chimica).

Anche la struttura aziendale, che negli anni dal 1950 al 1960 aveva assunto dimensioni di massa (sia in termini di azienda che di stabilimenti), inizia con la crisi petrolifera del '75 il suo processo di destrutturazione verso modelli più flessibili mediante l'introduzione di nuove variabili che ne modificano i perimetri. Infatti:

- ♦ negli anni '80, attraverso il decentramento, lo sviluppo delle tecnologie di tipo informatico, l'introduzione della robotistica, l'esternalizzazione delle attività e i processi prodotti, il «cristallo» aziendale modifica le sue sfaccettature. Si determina un aumento della dimensione organizzativa dell'azienda che da nazionale diventa internazionale, ma parallelamente si destrutturano gli stabilimenti che diventano sempre più piccoli e lavorano in «rete»;
- ♦ negli anni '90 si va definendo un modello economico in cui ogni singola azienda incrementa le variabili e quindi il successo dell'azienda stessa in termini di fatturato pro capite, senza che parallelamente si introducano meccanismi di incremento dei consumi e di conseguenza del fatturato globale;
- ♦ senza una strategia globale di incremento dei consumi, a partire dal '93 la crescita del fatturato complessivo delle aziende risulta più rapida dell'utilizzo dei prodotti, nelle loro caratteristiche specifiche, sia da parte del mercato nazionale che di quello internazionale a seguito della perdita di competitività delle aziende italiane rispetto a quelle straniere con forte calo dell'occupazione;
- ♦ nello stesso periodo il definitivo passaggio dall'industria al terziario vede la diffusione di medie, piccole e piccolissime imprese che utilizzano massicciamente rapporti di lavoro atipici caratterizzati da precarietà e intermittenza che, in mancanza di una cornice «de-gale» delle nuove tipologie contrattuali, producono ampi fenomeni di sommerso.

2. L'occupazione

I dati Istat sull'occupazione relativi al periodo 1991-1995 presentano un calo degli occupati che passano da 21.592 milioni nel 1991 a 20.248 del 1995, con un delta di oltre 1,3 milioni di occupati.

La crisi economica della metà degli anni '90 è quindi il risultato di due variabili:

- ♦ il calo dell'occupazione;
- ♦ la crisi del sistema pensionistico.

Senza affrontare in questa sede la variabile pensionistica è indubbio che questa influenza sulla durata dell'occupazione sia con riferimento all'aumento dell'età pensionabile piuttosto che dell'anzianità contributiva¹. In altri termini la durata dell'occupazione risulta influenzata dal costo del lavoro e dalle regole previdenziali.

Nel 1996 si introduce nel mercato del lavoro una ulteriore variabile costituita da una nuova categoria di lavoratori: quella dei cosiddetti «parasubordinati», che entrano nel sistema pensionistico, attraverso la costituzione di apposito Fondo gestito dall'Inps, con contribuzioni sensibilmente inferiori a quelle dei lavoratori dipendenti e degli autonomi.

Si è trattato certamente di un modo «veloce» per incrementare l'occupazione attraverso una variabile che da subito si rivela quantitativamente rilevante sia in termini assoluti che in termini di dinamica da un anno all'altro, e con caratteristiche di lavoro molto flessibili anche in relazione al costo del lavoro e agli oneri differiti (contribuzioni previdenziali tra il 10% e il 12% rispetto al 32,70% dei lavoratori dipendenti) rinviando ad una strategia successiva gli interventi per il riequilibrio del costo del lavoro attraverso un progressivo riallineamento delle aliquote contributive.

L'ingresso sul mercato di 1,5 milioni di soggetti in un'area «legale» di lavoro autonomo ha consentito di riportare nel 2001 il numero degli occupati verso lo stesso livello del 1991.

Significativo è inoltre l'apporto che, considerata l'unicità del bilancio dell'Inps, tali lavoratori forniscono al finanziamento del Fondo pensioni lavoratori dipendenti trattandosi di una categoria giovane che

¹ La riforma Amato del 1993 opera infatti su ambedue le variabili; con l'aumento dell'età pensionabile (da 55 a 60 anni per le donne e da 60 a 65 anni per gli uomini) e con l'aumento del periodo minimo di contribuzione (da 15 a 20 anni).

versa contributi, ma percepisce un numero limitatissimo di pensioni². Con la comparsa dei «parasubordinati» non si arricchiscono solo le tipologie dei lavoratori ma si opera un ulteriore passo verso una più ampia destrutturazione aziendale.

Se infatti il decentramento, non solo territoriale ma anche dei prodotti, dal «cristallo» dell'azienda verso piccole e piccolissime imprese³ crea un sistema economico di tipo «satellitare» che ha tuttavia una durata indeterminata nel tempo, la comparsa del lavoratore parasubordinato introduce nel modello economico un «satellite» a tempo determinato, a «progetto» sia in termini di hardware che di software.

Dalla catena di montaggio che non utilizza l'intelligenza ma solo le mani, il modello aziendale si è frantumato in una miriade di unità produttive che usano solo l'intelligenza, utilizzano tecnologie avanzate specie di tipo informatico, operano in un mercato globalizzato e soprattutto «inventano» nuove attività di terziario specialistico legate alla diffusione di modelli innovativi di iniziativa economica (servizi informatici, servizi alle persone, organizzazione di grandi eventi).

Tale modello produttivo determina però una costante lievitazione dei costi aziendali e quindi la necessità, per evitare il calo dell'occupazione, di massicci interventi di sostegno al consumo globale di prodotti ad alta tecnologia rispetto ai prodotti a basso costo verso cui tende ad orientarsi il mercato sia nazionale che internazionale a causa anche della concorrenza dei prodotti provenienti dai paesi asiatici.

Per pianificare e orientare il mercato verso i prodotti ad alta tecnologia e mantenere costante l'occupazione è essenziale investire nella ricerca e nella formazione di professionalità di tipo altamente specializzato, reperibili essenzialmente nell'area del lavoro «parasubordinato».

3. I lavoratori parasubordinati

Al momento gli archivi gestionali dell'Inps non consentono una approfondita conoscenza delle problematiche che la nuova realtà lavorativa dei «parasubordinati» pone, né sotto l'aspetto del complesso

² Il rendiconto 2000 presenta un avanzo economico di esercizio di 4.642 miliardi di lire e un avanzo patrimoniale al 31 dicembre di 15.940 miliardi di lire.

³ Attualmente il numero delle unità produttive di piccole dimensioni (fino a 50 addetti) ammonta a 1,1 milioni e occupa un complesso di lavoratori di circa 5,3 milioni su un totale di poco più di 10 milioni di occupati.

delle specifiche professionalità esistenti sul mercato, né con riferimento alle reali possibilità di assorbimento da parte del mercato di tali professionalità.

Si tratta infatti di due archivi:

- ♦ un archivio anagrafico contenente i dati di 2,5 milioni di soggetti iscritti;
- ♦ un archivio contributivo relativo a 1,2/1,3 milioni soggetti che versano contributi.

La differenza di oltre 1 milione di iscritti riguarda quei soggetti che dopo l'iscrizione o hanno cessato definitivamente l'attività o sono transitati in altri settori lavorativi (dipendente-autonomo).

Il primo è quindi un archivio storico che registra l'intera platea dei lavoratori parasubordinati dal '96 ad oggi, il secondo un archivio dinamico che misura, di anno in anno, la popolazione attiva.

Si tratta di sviluppare con la collaborazione delle università e con altri centri studi una ricerca per la creazione di un flusso informativo online, che utilizzi anche la rete internet, che consenta di definire i perimetri di una realtà lavorativa nuova e in continua evoluzione, ma che attualmente nasconde ancora fenomeni di elusione contributiva, quali dissimulazione di rapporti di lavoro dipendente con rapporti solo formalmente qualificati «parasubordinati».

La ricerca potrà essere condotta tramite questionari in forma anonima che utilizzano il metodo Delphi, si articolano su gruppi di domande a risposta bloccata riguardanti:

- ♦ le caratteristiche personali degli intervistati;
- ♦ i perimetri, anche territoriali, della struttura aziendale dove operano e il settore di attività economica;
- ♦ il tipo di professione svolta e le necessità formative;
- ♦ gli indici di gradimento relativi alla «sufficienza» della durata dei periodi di lavoro e della retribuzione percepita, il grado di soddisfazione, le aspirazioni rispetto alle conoscenze e al potenziale di cui dispongono.

L'accesso in rete a tali dati da parte di una pluralità di soggetti istituzionali consente di:

- ♦ indirizzare i processi formativi verso le aree di attività che risultano di volta in volta più competitive sul mercato;
- ♦ sviluppare la ricerca verso quei settori tecnologici avanzati che risultano maggiormente capaci di sostenere la competitività delle piccole-medie imprese;

- ♦ orientare i giovani verso le aree di mercato con maggiori opportunità occupazionali coerenti con le aspirazioni e il potenziale posseduto.

Infine i risultati della ricerca e una conoscenza più approfondita dei fenomeni e delle esigenze della categoria, che oggi soffre di una scarsissima rappresentatività sindacale, consentiranno al sindacato di sviluppare una più incisiva politica di tutela previdenziale in relazione a due fondamentali esigenze della stessa categoria:

- ♦ specifiche misure di ammortizzatori sociali (indennità di disoccupazione, di integrazione salariale, di sostegno del reddito) compatibili con le caratteristiche delle nuove tipologie di lavoro⁴;
- ♦ un più adeguato livello pensionistico che tenga conto della precarietà e saltuarietà delle prestazioni tipiche di tale categoria di lavoratori.

4. I lavoratori extracomunitari

La seconda variabile che interviene sul mercato del lavoro e ne modifica sostanzialmente le dinamiche è quella della crescente presenza di lavoratori extracomunitari.

Negli anni '90 assume sempre più rilevanza il fenomeno dell'immigrazione clandestina che porta in Italia un gran numero di extracomunitari clandestini, in prevalenza africani, albanesi e dell'Est europeo, che riescono a regolarizzare la loro posizione di lavoro solo a seguito delle periodiche sanatorie finalizzate all'emersione fiscale e contributiva, che si sono succedute nel tempo. Il veloce aumento di questa nuova categoria di lavoratori (dalle 115.000 regolarizzazioni del 1986 si è passati alle 702.000 domande di regolarizzazione del 2002) cambia lo scenario politico-sociale del paese.

Tabella 1 - Numero delle regolarizzazioni dei lavoratori extracomunitari

Legge n. 943/1986	Legge n. 39/1990	Legge n. 189/2002
115.000	240.000	(domande di regolarizzazione)
		702.156

Fonte: Ministero dell'Interno.

⁴ Tali lavori necessitano infatti di continui aggiornamenti e di significativi *know-how* in ragione dell'elevata specializzazione tecnologica, soprattutto di tipo informatico, delle aree lavorative in cui i giovani si trovano ad operare.

I lavoratori extracomunitari, circa il 90% dei quali sono lavoratori dipendenti (di cui circa il 20% è addetto ai servizi familiari) sostituiscono a poco a poco i lavoratori italiani nei mestieri più umili e mal pagati, contribuendo a contenere il costo del lavoro nei mestieri per i quali non si trova più mano d'opera in quanto rifiutati dagli italiani.

Tra il 1996 e il 2000 la loro presenza negli archivi Inps è più che doppia (da circa 259.000 nel 1996 a circa 668.000 nel 2000).

In termini numerici i lavoratori extracomunitari presentano lo stesso fenomeno di veloce incremento verificatosi per i lavoratori «parasubordinati» a riprova di un sistema di emersione dal lavoro nero per «blocchi», in linea con le esigenze di un mercato che evolve rapidamente.

Anche i «parasubordinati» aumentano rapidamente nell'archivio Inps e tra il 1996 e il 2002 gli iscritti passano da 1.008.000 a 2.437.000. I «parasubordinati» che contribuiscono nel 1996 sono 839.000, mentre quelli che contribuiscono nel 1999 sono 1.272.000, con un incremento di 433.000 unità.

Tabella 2 - Lavoratori parasubordinati (gestione separata legge 335/1995)

Anni	Parasubordinati iscritti alla gestione	Di cui contribuenti nell'anno
1996	1.008.115	838.694
1997	1.313.305	1.047.958
1998	1.564.174	1.265.139
1999	1.772.991	1.272.094
2000	1.921.441	<i>n.d.</i>
2001	2.146.382	<i>n.d.</i>
2002	2.437.426	<i>n.d.</i>

Fonte: Inps, Banche dati statistiche.

5. Problematiche rilevate sul numero degli occupati

Le statistiche Istat delle forze lavoro evidenziano dal 1996 al 2000 un *trend* sempre crescente dell'occupazione, con un aumento degli occupati totali di circa 955.000 unità (+859.000 dipendenti e +96.000 indipendenti).

Dal confronto dei differenziali tra i dati 1996 e 2000 Inps e Istat, emerge che i lavoratori dipendenti degli archivi Inps (esclusi salariati agricoli, lavoratori dello spettacolo, professionisti e dipendenti pubblici

tab 3

RPS

ANALISI DEI CAMBIAMENTI DELL'OCCUPAZIONE NEL DECENNIO 1991-2000

ci) aumentano di 942.000 unità e gli autonomi di 446.000 unità per un aumento totale di 1.389.000 occupati.

I dati Istat, che comprendono una platea più vasta di lavoratori (compresi salariati agricoli, lavoratori dello spettacolo, professionisti e dipendenti pubblici), presentano, tra il 1996 e il 2000, differenziali inferiori a quelli Inps (+859.000 occupati dipendenti e +93.000 indipendenti) con un aumento complessivo dell'occupazione di 995.000 unità (-394.000 unità rispetto all'Inps). I risultati sono esposti nelle tabelle 3 e 4.

Tabella 4 - Lavoratori occupati: dati Istat

Anni	Lavoratori dipendenti privati e pubblici	Lavoratori indipendenti	Totale
1991	15.479.000	6.113.000	21.592.000
1995	14.205.000	5.821.000	20.026.000
Differenziali negativi 1991-1995	-1.274.000	-292.000	-1.566.000
1996	14.272.000	5.853.000	20.125.000
2000	15.131.000	5.949.000	21.080.000
Differenziali positivi 1996-2000	+859.000	+96.000	+995.000

Fonte: Istat, Forze lavoro 2002.

Le statistiche ufficiali sugli occupati, pertanto, non evidenziano appieno la presenza di tali nuove realtà; inoltre, le classificazioni, che sottostanno a logiche europee di omogeneità, non aiutano a interpretare i dati.

Sarebbe utile, al fine di poter effettuare analisi complete sul mercato del lavoro, disporre di un casellario degli attivi, nel quale le contribuzioni dei lavoratori con situazioni lavorative e posizioni assicurative variamente articolate siano unificate. Questo sarebbe uno strumento quanto mai indispensabile, analogamente a quanto avviene in materia previdenziale con il casellario centrale dei pensionati, per una valutazione più esatta degli interventi da operare in materia di politiche attive del lavoro.

6. Conclusioni

- ♦ Dai dati Istat emerge che dal '91 al '95 la crisi economica determina una flessione dell'occupazione pari a 1.566.000 unità. Ogni anno si perdono mediamente poco meno di 400.000 posti di lavoro;
- ♦ nello stesso periodo anche gli archivi delle posizioni assicurative dell'Inps registrano una diminuzione degli occupati di complessive 731.806 unità di cui 395.886 dipendenti e 335.920 autonomi;
- ♦ dal 1996 al 2001 i dati Istat registrano un grande successo dell'occupazione che risale verso i livelli del '91 con un incremento complessivo di 995.000 unità. Per ogni anno si recuperano mediamente quasi 250.000 posti di lavoro.

L'analisi di tali dati evidenzia che:

- ♦ l'Istat registra tutto l'incremento occupazionale nell'area del lavoro dipendente mentre rimangono sostanzialmente stabili i lavoratori autonomi;
- ♦ gli archivi dell'Inps confermano i dati complessivi sull'incremento occupazionale dell'Istat, ma divergono sulla loro composizione;
- ♦ la costituzione dal 1996 della Gestione separata dei «parasubordinati», che nel 1999 registra ben 1.200.000 contribuenti con un incremento di 433.000 unità dal 1996 al 1999, consente all'Inps di misurare esattamente il peso che questo «Stato nascente» ha assunto sulla composizione degli occupati, peso che non viene rilevato dall'Istat che ripartisce gli occupati in due sole aree: i dipendenti e gli indipendenti;
- ♦ se nel periodo in questione l'Istat rileva una sostanziale stabilità dei lavoratori indipendenti, è evidente che la componente dei «parasubordinati» è inserita dall'Istat in maniera anomala nel lavoro dipendente alterandone il dato;
- ♦ l'incremento del lavoro dipendente nel periodo dal 1996 al 2001 è invece da attribuire principalmente al sensibile aumento della presenza nel mercato del lavoro degli extracomunitari, che con i «parasubordinati» determinano il successo occupazionale di quegli anni;
- ♦ questi lavoratori non hanno un archivio autonomo ma sono inseriti all'interno delle gestioni dell'Inps dei lavoratori dipendenti, autonomi e domestici;
- ♦ per «misurare» il peso che questa categoria di lavoratori assume sull'incremento dell'occupazione occorre far riferimento ai dati relativi ai vari provvedimenti di sanatoria;
- ♦ dalle 115.000 regolarizzazioni del 1986 si è passati alle oltre 702.000 domande di regolarizzazione del 2002. Anche se non saranno tutte

accolte, tali domande porteranno comunque il complesso dei lavoratori extracomunitari legalmente presenti in Italia a circa 1,3 milioni di unità, di cui circa il 90% nell'area del lavoro dipendente.

In conclusione i dati confermano che il successo dell'occupazione è legato al crescente utilizzo da parte delle aziende di lavoratori extracomunitari e «parasubordinati». Ma l'incremento di tali categorie di lavoratori ha comportato non solo la modifica del modello organizzativo dell'azienda, ma ha determinato anche un radicale cambiamento dello scenario socio-economico del paese, caratterizzato oggi da un forte indice di pessimismo economico. Infatti gli extracomunitari, pur lavorando in un contesto organizzativo aziendale «stabile», hanno una carriera, caratterizzata da:

- ♦ bassa qualificazione professionale;
- ♦ bassa retribuzione;
- ♦ scarse prospettive di miglioramento.

Queste condizioni:

- ♦ ostacolano la piena integrazione dei lavoratori nel tessuto sociale del paese;
- ♦ determinano situazioni di frustrazione, emarginazione e insicurezza;
- ♦ potrebbero aprire la strada a gravi conflitti sociali.

I «parasubordinati» operano invece in un contesto organizzativo «instabile» caratterizzato da:

- ♦ ampia mobilità territoriale, professionale e dell'articolazione dei tempi di lavoro (turni, lavoro festivo e/o notturno);
- ♦ frammentazione, precarietà e alta flessibilità della carriera lavorativa; contesto aziendale e lavorativo «non stabile», che non incentiva la formazione, la crescita professionale e le prospettive di carriera dei lavoratori;
- ♦ inadeguatezza della retribuzione percepita rispetto alla piena indipendenza economica.

Queste condizioni:

- ♦ determinano nei lavoratori una crisi di prospettive e di mancata accettazione della propria condizione lavorativa;
- ♦ sviluppano un alto tasso di incertezza economica, di disorientamento e di paura del futuro;

- ♦ rendono più difficile la «progettazione dell'esistenza» dei giovani rispetto alle generazioni precedenti;
- ♦ non consentono la costruzione di una base retributiva e contributiva tale da poter garantire un futuro «previdenziale» adeguato.

RPS

Dunque: la crescita dell'occupazione fa crescere l'insicurezza e la paura.

La programmazione socio-sanitaria: quali percorsi di integrazione

Silvia Boni

L'articolo sintetizza alcuni aspetti di una ricerca Formez ancora in corso, intitolata «Percorsi emergenti di progettazione integrata socio-sanitaria». In particolare, viene qui presa in considerazione la prima parte dello studio che riguarda quattro Regioni del Centro-nord: Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna. L'attenzione è focalizzata sull'analisi

delle strategie, degli obiettivi, dei percorsi tracciati, degli attori, degli strumenti previsti per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria. L'obiettivo è fornire un quadro comparativo utile delle tendenze emergenti, dalle esperienze finora realizzate e dalle innovazioni in atto, utile alla creazione di un know-how condiviso e alla riflessione comune.

RPS

documentazione

1. Introduzione

L'interesse ad esplorare casi concreti di processi di programmazione che integrano aspetti sociali e sanitari a livello regionale e locale nasce da molteplici fattori. Innanzi tutto, l'integrazione socio-sanitaria è un tema che pervade, con la sua significativa presenza o assenza, tutte le norme che regolano il Ssn italiano: dalla legge 833/78 di istituzione, della quale la prevenzione e l'integrazione erano presupposti fondanti, alle varie riforme e revisioni del sistema (d.lgs. n 502/92, d.lgs. n. 229/99 ecc.), l'integrazione ha spesso assunto la valenza di un vero «banco di prova» sul quale misurarsi. In secondo luogo, il concetto stesso di integrazione si è progressivamente esteso dagli aspetti sociali e sanitari ad altre dimensioni (ambientali, culturali, formative), tanto che oggi non si caratterizza solo come una tendenza nazionale, ma assume anche, con la globalizzazione, valenza molto più ampia. L'integrazione (tra pubblico e privato, tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale) è ormai un tratto culturale profondo da assimilare, un modello mentale e operativo, un nodo fondamentale con cui confrontarsi nel processo programmatico. In terzo e ultimo luogo, con l'affermarsi del federalismo sanitario, l'integrazione dei servizi sociali e sanitari è diventata un passaggio obbligato per ottimizzare gli investi-

menti, spostare le risorse dall'ospedale al territorio (secondo le percentuali indicate al tavolo di monitoraggio dei Lea: 45% assistenza ospedaliera, 49,5% assistenza distrettuale, 5,0% assistenza sanitaria collettiva, che quasi tutte le Regioni nel 2002 hanno raggiunto) in modo da adeguarsi a rispondere alle esigenze del territorio, *in primis* a quelle dettate dal progressivo aumento della *ageing population*.

L'effettiva integrazione è il risultato di un percorso di programmazione disegnato in modo integrato ed è in questa logica che appare utile indagare i vari passaggi che conducono a quel risultato, come ha fatto il Formez con una sua ricerca sui «Percorsi emergenti di progettazione integrata socio-sanitaria»¹. L'obiettivo della ricerca è verificare quali siano, nello scenario attuale, i percorsi significativi seguiti da alcune Regioni italiane del Centro-nord – che hanno iniziato da tempo a sviluppare le loro strategie – quali le modalità, le finalità e i presupposti gestionali e organizzativi per fornire un quadro a quelle Regioni che stanno ancora elaborando un proprio percorso, affinché possano confrontarsi e scegliere in consapevolezza e coerenza. Quest'articolo si propone di rintracciare alcune linee del lavoro (peraltro ancora in corso) e di anticipare le indicazioni emerse che possono costituire un punto di riferimento utile per i vari attori, pubblici e privati, che operano nel settore.

2. Quadro di riferimento

Dal momento che il percorso dell'integrazione socio-sanitaria è legato all'attuazione dei distretti, sui quali esiste una vasta letteratura², ci si

¹ La ricerca è stata svolta da un gruppo di lavoro del Formez (composto da G. Vicarelli, G. Noto, C. Dotti, L. Pesaresi, G. Giarelli, coordinato da S. Pappalardo, e di cui di S. Boni è responsabile) nell'ambito delle numerose attività in cui si è articolato il Progetto operativo nazionale di assistenza tecnica e azioni di sistema «Trasferimento delle metodologie e degli strumenti appropriati a supporto della qualità del sistema di governo delle politiche sanitarie sul territorio nelle fasi di programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e valutazione», promosso dal Ministero della Salute (responsabili M.P. Di Martino e M. Cocchi) e dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della Funzione pubblica, e realizzato dal Formez.

² Il percorso dell'integrazione socio-sanitaria è certamente collegato a quello alterno dei distretti, nati nella legge n. 833/78, quali «strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento» e che hanno avuto una scarsa attuazione negli anni '80 (solo alcune Regioni infatti li

limiterà qui a citare i recenti punti di riferimento che costituiscono l'attuale *framework* nazionale all'interno del quale si inseriscono i casi regionali analizzati.

Il Psn 2003-2005 ha tra i suoi principi fondamentali l'integrazione dei servizi sanitari e quelli sociali; tra i suoi obiettivi strategici, al punto 2, c'è quello di «creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani, ai disabili», mentre, al punto 7 figura quello di «promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei servizi sanitari e socio-sanitari»³.

La legge quadro n. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ha previsto un sistema analogo a quello sanitario: essa prevede infatti la definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, nell'ambito del piano sociale nazionale, la pianificazione al livello regionale e di zona, la definizione dei requisiti minimi e di accreditamento delle strutture. Il sistema così delineato consente la

realizzarono: Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Umbria), Nel d.lgs. n. 502/92 e nel Psn 1994-96 vengono concepiti quali articolazioni organizzative funzionali delle Asl che dovevano garantire un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali. Nel Psn 1998-2000 il distretto diviene «Centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale» e viene visto come luogo di integrazione, di accesso e di continuità assistenziale. Nel d.lgs. n. 229/99 il distretto assume la funzione di governo della domanda, centro di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, di integrazione e di accesso. Il distretto deve garantire l'assistenza primaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, il coordinamento con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 si elencano i nove livelli di assistenza distrettuale individuati all'interno dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) (Bellentani, 2004). Per un aggiornamento del dibattito e una bibliografia essenziale sui distretti v. Orzella, Mareca, 2004a, pp. 24-28 e 2004b, pp. 24-29.

³ Nell'Accordo tra il ministro della Salute e gli assessori alla Salute del 6 aprile 2004 sono state individuate sei direttrici attraverso le quali potenziare il Ssn, tra le quali, al primo punto il progetto mattoni (con rispettivamente ai punti 12 - Prestazioni residenziali e semiresidenziali, 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari, 15 - Assistenza sanitaria collettiva) e al secondo ottimizzare la domanda attraverso la migliore ed effettiva organizzazione della medicina territoriale con le Unità territoriali di assistenza primaria (Utap). Tali Unità rispondono, tra l'altro, all'obiettivo di garantire l'appropriatezza nell'erogazione dei servizi e di attuare l'integrazione socio-sanitaria. La Toscana ha messo a punto le linee guida sulle Utap.

concreta integrazione dei livelli programmatori e di gestione dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali, in particolare in relazione alla tutela delle fasce deboli (Bellentani, 2005).

Nel 2001 sono state anche emanate due normative nazionali fondamentali per l'integrazione socio-sanitaria: il d.p.c.m. 14/2/2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e il d.p.c.m. 29/11/2001 (Definizione dei Livelli essenziali di assistenza - Lea) che fornisce un quadro di riferimento e stabilisce le quote di partecipazione della spesa degli enti locali nelle prestazioni socio-sanitarie. Sempre nel 2001, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione (legge n. 3/2001) è stato ridimensionato il ruolo dello Stato, che pur continua a svolgere una funzione importante nella determinazione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e dei Liveas (Livelli di assistenza sociale), nonché nel monitoraggio delle *performances* regionali.

Le Regioni sono libere di impostare il loro sistema sanitario e sociale scegliendo proprie strategie. Alcune hanno accentuato il momento della programmazione con un ruolo forte della Regione, altre hanno preferito agire più come ente regolatore del sistema che indirizza e valuta. Emergono ormai differenti «modelli» regionali chiaramente distinguibili, che hanno ovviamente ripercussioni sulle modalità organizzative e gestionali di integrazione dei servizi. Ciò che qui interessa sottolineare è che, pur nelle differenti impostazioni, viene comunque riconosciuta (in modo pressoché unanime) la necessità di una programmazione integrata tra diverse realtà istituzionali.

Si programma in funzione delle esigenze di uno specifico territorio, visto nella sua globalità, al fine di dare risposte mirate tese a coinvolgere tutti i soggetti interessati sugli obiettivi comuni di sviluppo e investimento nel benessere dei cittadini sul territorio. Le Regioni elaborano le loro strategie di riferimento e indicano le scelte di *policy* di fondo nel Psr, che assumono sempre più importanza e per questo sono oggetto di approfondimenti e letture comparate (Lucarini, 2004; Fattore, Longo, Paruzzolo, 2003). I documenti programmatori previsti ai vari livelli (dal Piano attuativo locale riferito all'ambito aziendale, al Programma per le attività territoriali, per i distretti, al Piano di zona, di competenza dei Comuni ecc.) si snodano in una azione sinergica riferendosi, nei casi migliori sia per quanto concerne il Pat che il Pdz, agli stessi ambiti territoriali.

Si viene affermando un modello programmatico a costruzione progressiva di tipo *bottom up*, che si coordina con il livello nazionale e si

relaziona orizzontalmente con gli altri livelli regionali. Tale approccio è senz'altro quello prevalente e comporta conoscenze e capacità di negoziazione sia tra i programmatori e gestori del sistema, sia tra gli operatori che si trovano ad interagire con rappresentanti di altre istituzioni, pubbliche e private, che si muovono secondo logiche diverse e parlano altri linguaggi. Si sviluppa un rinnovato e significativo interesse per il territorio, visto come unica dimensione utile per affrontare il governo della domanda di salute, fornire risposte ai bisogni attuali della popolazione e far fronte a fenomeni (v. aumento popolazione anziana) che sono già noti e prevedibili. Una progettazione integrata di ampio respiro implica azioni diverse, intraprese da differenti attori istituzionali e non, che insistono sullo stesso territorio con obiettivi concordati.

Emergono almeno due aspetti significativi:

- ♦ il ruolo fondamentale dell'attore pubblico di imprenditore istituzionale e di *leadership* nell'orientare e influenzare strategie, priorità e obiettivi per lo sviluppo del territorio e il miglioramento delle condizioni di convivenza e benessere (Bobbio, 2002, in Bonaretti, 2005) e si pensa qui alle Regioni, le Aziende sanitarie, gli enti locali;
- ♦ il ruolo crescente degli organismi intermedi che assicurano la conoscenza del territorio, la capacità di lettura dei bisogni, la ricerca e sperimentazione di soluzioni tecniche appropriate. Ci si riferisce qui in particolare agli Osservatori epidemiologici regionali (Oer) e alla loro opera di raccolta, sistematizzazione e trasmissione di dati utili alla programmazione, alle Agenzie sanitarie regionali che spesso agiscono affiancando l'Assessorato alla Sanità, realizzando soluzioni tecnicamente percorribili.

Inoltre, quanto più le strategie e le risposte ai bisogni di salute sono impostate localmente, tanto più si avverte, nel contempo, il bisogno di disporre di un momento più alto di sintesi e integrazione a tutti i livelli. Per esempio le informazioni degli Osservatori epidemiologici regionali (Oer), devono far emergere le specificità locali, utili ad una programmazione *ad hoc* ma devono, nel contempo, essere raccolte con modalità condivise (tra Regioni e tra paesi) in modo da poter essere integrate in un panorama nazionale e internazionale. La globalizzazione comporta infatti, come è noto, anche il bisogno di far fronte rapidamente a fenomeni negativi per la salute (epidemie in parti lontane del pianeta) con azioni comuni. Dalle strategie messe in atto dalle Regioni e dagli attori locali dipende ormai la qualità e la tranquillità dei cittadini e il loro benessere. È proprio la consapevolezza del legame

sempre più diretto tra *policy* e azioni locali da un lato e la qualità dei servizi, e quindi della vita dei cittadini dall'altro, che spinge alla verifica dei percorsi e delle differenti soluzioni adottate a livello regionale e locale, stimolando un confronto concreto.

3. *Le Regioni prese in esame*

La prima parte della Ricerca⁴ ha inteso indagare su alcune Regioni del Centro-nord e, in particolare, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana. Il gruppo di lavoro ha messo a punto una griglia dei temi oggetto di indagine e dei relativi indicatori (vedi tabella 1) utile a declinare comparativamente le varie dimensioni dell'integrazione (istituzionale, gestionale, professionale). Non è ovviamente possibile in quest'articolo riportare con completezza quanto emerge dalle voluminose schede compilate⁵; ci si limiterà perciò a cogliere, sintetizzandoli, solo alcuni degli aspetti legati alle prime voci in esame, relative: 1) agli assetti istituzionali e al ruolo dell'ente Regione nell'integrazione socio-sanitaria e anche degli enti locali, dei privati e del terzo settore, 2) agli atti, strumenti e procedure di integrazione socio-sanitaria e i relativi indicatori selezionati (vedi tabella 2).

4. *L'integrazione socio-sanitaria in Lombardia*

Del Piano socio-sanitario regionale (Pssr) lombardo 2002-2004, e delle sue modalità attuative si è molto discusso⁶ in quanto, come è ormai noto, ha rappresentato un prototipo di autonomia fortemente rivendicata dalla Regione e di autodeterminazione di percorsi basati su valori dichiarati: primo fra tutti la libera scelta del cittadino del luogo di

⁴ La seconda parte della ricerca, ancora in realizzazione, prevede la raccolta della stessa griglia di analisi nelle Regioni dell'ob. 1 (Mezzogiorno) in modo da fornire un quadro dell'attuale stato dell'arte dell'integrazione in tali Regioni.

⁵ Chi fosse interessato a conoscere la raccolta completa delle schede regionali può richiederla via mail al Formez. Nella prima parte della Ricerca la scheda sulla Regione Veneto è stata curata da G. Noto, quella sull'Emilia Romagna da G. Giarelli, quella sulla Lombardia da C. Dotti, quella della Toscana da L. Pesaresi.

⁶ Ranci Ortigosa, 2002; Bellentani, 2005; Dotti, 2005; Fattore, Longo, Paruzolo, 2003; Lucarini, 2004.

Tabella 1 - Elaborazione di strumenti di progettazione integrata sociale e sanitaria

Oggetto	Indicatori quali/quantitativi	Note
1. Assetti e relazioni istituzionali, con particolare riferimento al ruolo dell'ente regionale nell'integrazione socio-sanitaria, a quello degli enti locali e a quello dei privati e del terzo settore.	<p>Rapporti tra la Regione, gli altri enti territoriali pubblici, gli enti privati e di Terzo settore coinvolti nella funzione di programmazione socio-sanitaria.</p> <p>Tipologia delle relazioni interistituzionali delineate dal sistema di attori coinvolti (gerarchie/di mercato/di <i>governance</i>).</p>	<p>È opportuno definire il ruolo dei singoli enti, ma dando anche idea delle interconnessioni tra i vari enti e tra questi e gli attori extra-istituzionali.</p> <p>È importante sottolineare, dove esistenti, eventuali riassetti organizzativi connessi all'integrazione socio-sanitaria (ad esempio, direzioni regionali, Comitati, ecc.) e relative (sintetiche) composizioni e funzioni.</p>
2. Atti, strumenti e procedure di integrazione socio-sanitaria.	<p>Modalità di integrazione a livello regionale tra programmazione sanitaria e programmazione sociale (piano sanitario/piano sociale regionale, altri piani, ecc.).</p> <p>Modalità di integrazione a livello zonale tra pianificazione sanitaria e pianificazione sociale (accordi di programma, convenzioni, forme di coordinamento, ecc.).</p>	<p>È utile fornire un quadro degli strumenti di integrazione a livello centrale (piani) e a livello periferico, ponendo in risalto quali sono gli strumenti, chi li produce, come si interrelazionano tra loro (esempio: i Piani attuativi locali, i Piani di zona, ecc.).</p>
3. Meccanismi di monitoraggio e di valutazione dei risultati.	<p>Soggetti che esercitano le funzioni di monitoraggio e di valutazione.</p> <p>Criteri e strumenti adottati in materia.</p>	<p>È utile sottolineare la tendenza alla «valutazione partecipata», ove esistente.</p> <p>Specificare l'eventuale esistenza (formalizzata) di assetti organizzativi per la verifica (esempio: Commissioni, Team, ecc.) e gli eventuali strumenti di verifica (es.: indicatori regionali).</p>
4. Ruolo dei cittadini nei processi di integrazione socio-sanitaria.	<p>Forme previste (dirette e rappresentative) di partecipazione dei cittadini alle scelte di programmazione socio-sanitaria, alle modalità di gestione dei servizi e di monitoraggio/valutazione dei risultati ottenuti.</p> <p>Valutazione del grado di effettiva applicazione delle medesime e problemi relativi.</p>	<p>Dare evidenza del livello di partecipazione prevista/effettiva dei cittadini nell'integrazione socio-sanitaria citando eventuali esperienze applicate (anche micro).</p>
5. Tendenze (eventuali).		
6. Interrogativi aperti (eventuali).		

tab 2

tab 2

assistenza e cura. In particolare al cittadino viene data la possibilità di offrire egli stesso, singolarmente o come famiglia o altra aggregazione della comunità, prestazioni alla persona. Il federalismo, dunque, non è inteso solo come decentramento del potere istituzionale di organizzare i servizi per la salute e il benessere, come trasferimento di un'autonomia con la relativa responsabilità (sussidiarietà verticale), ma come volontà di favorire la partecipazione delle persone nell'erogazione dei servizi, affiancando fino a sostituire la gestione regionale (sussidiarietà orizzontale). Il sistema è pertanto orientato verso una precisa separazione dei compiti: uno *State* (la Regione) cui spettano la programmazione, l'allocazione delle risorse e il controllo dell'efficienza; una *Community* (ogni soggetto pubblico o privato accreditato) cui compete la produzione (Dotti, 2005). Quello che interessa qui mettere in luce non è sottolineare ancora le peculiarità del modello lombardo quali la separazione tra acquirente e produttore, con la Asl vista come ente regolatore, garante e acquirente per il cittadino, la pari dignità e possibilità di accedere/competere per i finanziamenti tra produttori pubblici e privati, ecc., ma cercare di cogliere come impatta tale architettura del sistema nell'integrazione socio-sanitaria. Il modello lombardo si caratterizza per i seguenti elementi.

4.1 *Il ruolo forte della Regione e dell'Asl*

Il Pssr è elaborato con l'apporto di entrambe le direzioni generali della Sanità e della Famiglia e Solidarietà sociale e si pone come uno strumento potente di integrazione visto che assume in sé ambedue gli aspetti, anche se interviene principalmente sui servizi sanitari e socio-sanitari. Per gestire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali di competenza degli Ee.Ll., era stato creato il Dipartimento per le Attività socio-sanitarie integrate (Assi) quale articolazione organizzativa delle Asl, guidato da un direttore sociale che entra a far parte della direzione aziendale a fianco del direttore generale, di quello sanitario e di quello amministrativo (legge Reg. n. 31/97). La programmazione socio-sanitaria territoriale compete alle Asl attraverso i Piani strategici triennali (sui quali si esprime la Conferenza dei sindaci, con potere di voto, e i presidenti di distretto) e i Piani di organizzazione e funzionamento aziendale (Pofa, che riguardano in particolare l'attività ospedaliera). La Asl poteva essere delegata dai Comuni alla gestione dei servizi sociali di loro titolarità, perciò, attraverso il Dipartimento Assi, ha erogato interventi e prestazioni sociali per conto degli Ee.Ll.

con oneri a carico dei Comuni deleganti. Tali servizi rientrano quindi nella stessa logica gestionale di quelli sanitari di affidamento delle funzioni produttive a soggetti pubblici e privati accreditati. La Regione ha attuato quanto previsto dalla legge 328/2000 completando, in quasi tutte le Asl, i Piani di zona con la stipula di Accordi di programma ai quali partecipano soggetti pubblici (non necessariamente le stesse Asl) e privati che concorrono alla realizzazione del Piano. L'Asl cura che i distretti operino all'interno del contesto zonale (Circolare n. 7/2002) in modo da configurare un'area di integrazione di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. L'Azienda ha un ruolo di controllo rispetto al recepimento delle indicazioni regionali. Inoltre la Regione fornisce anche precise indicazioni (sempre Circ. n. 7/2002) su come finalizzare le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui, nel triennio, almeno il 70% deve essere dedicato ad interventi attraverso assegni di cura *voucher* alle famiglie e il 30% agli interventi per quanto previsto dalla 328/00 (pronto intervento sociale, ecc.). Anche il Sistema informativo è strettamente connesso ai Dipartimenti Assi, che raccolgono dati sui servizi sociali che vengono poi condivisi con i Comuni nell'elaborazione dei Pdz. Con l'implementazione della 238/00 molte attività sociali torneranno ai Comuni ma, praticamente fino ad ora, ad eccezione della città di Milano, le Asl – attraverso i Dipartimenti Assi – sono titolari della programmazione e del controllo degli interventi socio-sanitari.

4.2 *L'investimento sull'accreditamento*

Per sostenere tale impostazione si è investito e si investe nella creazione di un sistema «forte» di accreditamento. Per i servizi sanitari la Regione si è mossa sia sul piano dei requisiti, sia sul piano dell'introduzione di sistemi di qualità (Osservatorio per la qualità presso la Regione). Sono stati messi a punto indicatori di struttura, di processo, di attività e risultato, si sperimenta l'«accreditamento di eccellenza» e si indaga sulla *customer satisfaction*. Percorso analogo è stato seguito per l'accreditamento delle offerte socio-assistenziali. La Regione Lombardia ha completamente rivisto il sistema di accreditamento delle sue Rsa (Residenze sanitario-assistenziali in conformità con quanto definito nel d.p.r. del 14 gennaio 1997), stabilendo i requisiti per l'accreditamento e introducendo un debito informativo obbligatorio per l'accreditamento: la Scheda dell'osservazione intermedia dell'assistenza (Sossia), che permette una valutazione delle necessità socio-sanitarie della

popolazione più fragile e della loro evoluzione quantitativa e qualitativa nel breve/medio periodo. Ciò consente un approccio epidemiologico, finora assente nei servizi dedicati alla non autosufficienza, che può meglio orientare il governo regionale a realizzare una complementarità con le altre unità di offerta sia ad elevato contenuto sanitario che sociale (Dotti, 2005). Inoltre si è proceduto (Circolare n. 21 e n. 6 del 15/06/04) a precisare le norme per remunerare la qualità aggiunta offerta dalle Rsa. Nel contempo ora ci si sta orientando, proseguendo l'esperienza dei buoni (offerta ai *care giver* familiari) e dei *voucher* (utili per l'acquisto di servizi da *care giver* professionali accreditati dalla Asl) alla ricerca di forme alternative di assistenza che puntano a mantenere il più possibile la persona anziana nel suo ambiente di appartenenza.

4.3 *L'impegno alla sperimentazione*

La Lombardia sta sperimentando su vari fronti (fondazioni per gli ospedali, organismi consortili tra Aziende ospedaliere per riorganizzare l'offerta, fondi integrativi, *project financing*) e anche in ambito di azione integrata e di innovazione sul territorio si sono avviate, oltre a quella citata dei buoni, altre iniziative tra cui la creazione di nuovi soggetti sul territorio, quali associazioni tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e altre figure professionali come punti di erogazione di cure primarie. Un'altra attività, per la sola area di Milano, è la sperimentazione dei «custodi socio-sanitari» realizzata in alcune zone popolari per evitare l'isolamento sociale degli anziani e facilitare l'uso dei servizi sul territorio che ha utilizzato principalmente giovani del servizio civile appositamente formati.

5. *L'integrazione socio-sanitaria in Toscana*

Il Piano sanitario regionale 2002-2004 della Toscana dedica attenzione particolare agli aspetti dell'integrazione socio-sanitaria sostenuta dalla convergenza del Psr con il Piano integrato sociale regionale (Pisr). I due Piani propongono un percorso programmatico unitario e integrato che costituisce un riferimento unico a livello locale. Il Psr contiene anche le linee guida per l'elaborazione del Pisr. Il territorio dei distretti sanitari coincide completamente con gli ambiti sociali territoriali e questa è l'area di riferimento nella quale i Comuni realizzano, in

forma associata, la programmazione del sistema integrato dei servizi e prestazioni sociali e socio-sanitarie in accordo con le Ausl. Tale percorso integrato si avvale di un nuovo strumento per i Comuni e per le Ausl costituito dai Piani integrati di salute elaborati a livello locale. La Regione ha recepito ambedue i d.p.c.m. del 14/2/2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e del 29/11/2001 (Definizione livelli essenziali di assistenza), stabilendo anche le percentuali di spesa a carico dei Comuni e delle Ausl per le prestazioni socio-sanitarie.

Dall'analisi della situazione Toscana emergono questi elementi.

5.1 Ruolo forte del territorio

L'obiettivo sembra quello di voler attribuire peso all'azione di tutti gli attori pubblici presenti sul territorio attraverso la previsione di un vero «percorso integrato».

Si nota una volontà di irrobustire la rete di prima assistenza (si sta promuovendo la costituzione delle «unità di cura primarie», formate da medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale che operano 24 ore su 24) e l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio-assistenziali (Società della salute, di cui si parla in seguito). L'attuazione dei livelli di assistenza socio-sanitaria avviene secondo i seguenti passaggi: valutazione multidimensionale del bisogno (soprattutto anziani e non autosufficienti), definizione del piano individuale di assistenza, con l'individuazione delle prestazioni socio-sanitarie che devono essere assicurate, da effettuarsi con modalità organizzative tali da consentire che chi prescrive l'intervento abbia il reale governo delle risorse disponibili), l'apporto delle risorse sanitarie e sociali, proporzionalmente articolato in base alla «fase» del percorso assistenziale (Pesaresi, 2005).

5.2 Sperimentazioni

L'esperienza innovativa riguarda principalmente la costituzione, su base sperimentale e reversibile e attuabile solo se i Comuni che vi partecipano rappresentano l'80% della popolazione, delle Società della salute il cui fine è promuovere la salute e il benessere sociale e non solo offrire prestazioni e che hanno come strumento operativo i Piani integrati di salute. La Sds è un Consorzio pubblico, ai sensi dell'art. 30 e 31 del t.u.e.l. (d.lgs. 267/2000) cui partecipano le Ausl e i Comuni

della zona/distretto. L'organo di governo è costituito dai sindaci e dai loro assessori delegati dei Comuni partecipanti e dal direttore generale dell'Ausl; questo nomina il direttore tecnico della Sds che assume il ruolo di manager e di responsabile del distretto sanitario (zona-distretto). Il direttore tecnico ha autonomia e capacità gestionali e si avvale di un organismo di direzione. Le Sds sono società senza scopo di lucro, in cui la presenza delle Aziende sanitarie garantisce l'unitarietà del sistema sanitario, e la presenza dei Comuni assicura la rappresentanza delle comunità locali, l'integrazione tra i settori sociale e sanitario e la condivisione di obiettivi di salute da perseguire con interventi integrati. Le Sds sono finanziate dalle Ausl con la parte di quota capitaria, corrispondente ai servizi definiti nel loro contratto di erogazione, e dai Comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali, che si impegnano ad erogare (Pesaresi, 2005). La Sds si configura quale strumento operativo unitario di Ausl e Comuni per la programmazione e gestione dei servizi integrati sul territorio. Il settore privato (*for profit* e non) non è tra i soggetti che costituiscono la Sds, ma svolge un ruolo consultivo e si esprime attraverso le forme di partecipazione.

Il governo della domanda trova attuazione da parte delle Sds attraverso accordi con i prescrittori, in particolare i medici di medicina generale per il controllo dei consumi e indicazioni per la contrattazione dell'Ausl con i soggetti erogatori. Nella prima fase di sperimentazione le Sds si occupano del governo del sistema e dell'orientamento della domanda prevedendo l'assunzione della gestione diretta dei servizi successivamente e in modo graduale.

6. *L'integrazione socio-sanitaria in Emilia Romagna*

La Regione, che ha recentemente riorganizzato il suo Servizio sanitario regionale (legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004), prosegue nel percorso già tracciato dal Piano sanitario regionale 1999-2001 e, in attesa dell'elaborazione del Piano sociale triennale, opera su uno stralcio annuale relativo al 2005. Tra gli obiettivi del Psr sono: la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, la globalità della copertura assistenziale, l'autonomia della società civile e delle formazioni sociali, da promuovere e valorizzare secondo il principio di sussidiarietà orizzontale a tutela dell'interesse generale, la libera scelta del luogo di cura, la compartecipazione degli enti locali alla programmazione di atti-

vità e alla verifica dei risultati di salute. Lo stesso Piano indica le strategie e le priorità dell'integrazione socio-sanitaria che devono essere realizzate a livello regionale identificando i bisogni prioritari sui quali intervenire: gli anziani, le fasce di popolazione svantaggiate (immigrati, ecc.), le dipendenze patologiche. Tali interventi presuppongono modalità di comunicazione e coordinamento che permettono di mettere in rete le risorse e le diverse competenze istituzionali e professionali. L'integrazione socio-sanitaria, definita con l. r. 2/2003, già si realizza a livello regionale tra Assessorato alle Politiche sociali, immigrazione, progetto giovani, cooperazione internazionale e Assessorato alla Sanità, in un'unica Direzione generale sanità e politiche sociali. L'ambito di riferimento è il distretto dell'Azienda Usl.

Si tende a costruire un sistema di relazioni che sia nel contempo di autonomia e di responsabilità (tra Regione e Ausl, tra Ausl e enti locali), in cui la Regione svolge un ruolo strategico di programmazione e valorizza nel contempo l'autonomia degli enti locali, titolari e responsabili delle politiche di salute in una logica di programmazione concertata dei servizi sociali. In particolare, si riscontrano i seguenti fattori.

6.1 *Un ruolo forte del distretto*

Il distretto, individuato in base all'Atto aziendale e guidato da un Direttore di distretto, ha come *mission* quella di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento (delibera regionale 309/2000). Le attività del distretto comprendono l'assistenza primaria, l'assistenza per le tossicodipendenze e l'assistenza socio-sanitaria (assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale) in collaborazione con i Comuni.

La Regione ha assunto l'obiettivo di consolidare nei distretti dei veri e propri «Centri per la salute» in grado di dare risposte adeguatamente compiute alle richieste di «bassa complessità sanitaria e alta complessità assistenziale» (delibera 309/00) (Assr, 2004). All'interno del distretto si trova il Dipartimento di cure primarie composto dai Nuclei di cure primarie, nuovi strumenti di integrazione, che vedono coinvolti i Mmgg e i Pls.

I distretti sono dotati di Sportelli unici distrettuali che sono collegati tra loro, sviluppati con la collaborazione di enti locali, patronati e associazioni di volontariato. Sono stati istituiti per permettere un miglioramento dell'accesso ai servizi attraverso una «presa in carico» del cittadino da parte dell'operatore allo sportello, il quale sarà il responsabile del procedimento amministrativo per la gestione unitaria della richiesta (Giarelli, 2005).

Inoltre, la recente normativa di riordino del Ssr prevede, come organi delle Aziende Usl, il direttore generale, il Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, il Collegio sindacale. Il Collegio di direzione è composto dai direttori dei servizi dell'Azienda e dai medici di medicina generale. La presenza di un direttore per l'Assistenza socio-sanitaria rafforza lo sviluppo dell'interazione tra assistenza sanitaria e sociale, che sarà il fulcro del prossimo Piano sociale e sanitario anche in relazione al neo istituito Fondo regionale per la non autosufficienza (Saluter, 2005).

6.2 Una responsabilizzazione più ampia degli enti locali

Gli enti locali promuovono e coordinano la rete dei servizi tramite i piani di salute e di zona e esercitano funzioni di indirizzo e controllo nei confronti dei soggetti del privato sociale ai quali hanno esternalizzato i servizi o delle Ausl alle quali hanno delegato le proprie funzioni. Il Piano di salute è un processo governato dalle Aziende ed è teso a garantire elevati livelli di salute della popolazione locale, promuovendo alleanze tra diversi soggetti (istituzioni, volontariato, associazioni economiche, sindacali, singoli cittadini ecc.) interessati a realizzare azioni per il benessere della collettività (d.g.r. 321/2000). Si è posta l'esigenza di una maggiore integrazione tra il Piano di salute, da un lato, e gli enti locali e i Piani di zona, dall'altro. Il Piano di zona è lo strumento che garantisce l'integrazione socio-sanitaria in ambito comunale e/o distrettuale. Organizza, a livello distrettuale, i diversi soggetti, con interessi specifici rispetto al tema delle politiche sociali, che intervengono sui bisogni e sulla domanda sociale per la costruzione di una politica integrata di comunità (l. 328/2000).

I Comuni, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato degli interventi e dei servizi socio-sanitari con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare d'intesa con le Ausl. In quest'ambito è necessaria l'interconnessione con i Piani attuativi territoriali (Pat) dei distretti e dei Pdz dei Comuni.

7. L'integrazione socio-sanitaria nel Veneto

Nella Regione esiste una lunga tradizione di integrazione socio-sanitaria. Già la scelta di nominare le aziende «Unità locali socio-sa-

nitarie» (Ulss) ne è una testimonianza come il notevole sviluppo dei distretti socio-sanitari. Di fatto vige ancora il Prs 1996-98 dato che il nuovo Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità (Pssr), che viene qui citato in bozza, non è ancora stato definitivamente approvato. Gli ambiti sociali e sanitari coincidono e sono state emanate linee guida per i piani di zona che sono stati attuati e sono alla seconda edizione. Sono stati anche definiti i Livelli essenziali di assistenza sociale (Leas) in riferimento a tre parametri: le modalità di finanziamento, quelle di erogazione e dimensionamento nel territorio delle risposte, le modalità di valutazione dei risultati di efficacia, cioè di effettiva garanzia che al livello di assistenza individuato corrisponda anche una positiva risposta ai bisogni. L'orientamento del futuro Piano è quello di conciliare aspetti tradizionalmente forti di integrazione come la programmazione regionale, il ruolo degli Ee.Ll., i distretti a forte integrazione socio-sanitaria (d.g.r. n. 3242/2001), la valorizzazione dei Mmgg e dei Pls e il percorso programmatico integrato con elementi innovativi.

7.1 La programmazione intesa come regolatore dell'integrazione

È negoziata ai vari livelli del sistema regionale e aziendale. La Regione dovrà accentuare la sua funzione di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo, di concertazione con gli enti locali e le forze sociali e delegare e trasferire a livello locale/aziendale la gestione, responsabilizzando poi sui risultati i soggetti. Sempre a livello regionale dovrebbe verificarsi un potenziamento della Conferenza regionale per la programmazione socio-sanitaria (costituita dai presidenti delle Conferenze dei sindaci e dai direttori generali delle Ulss). A livello locale si elaborano i Piani di zona che rappresentano lo strumento attraverso il quale i Sindaci forniscono indirizzi programmatici per la formulazione del Piano attuativo locale da parte dell'Azienda Ulss e del Piano delle attività territoriali a livello di distretto. Anche nella preparazione del Pal e Pat vengono sentiti tutti gli attori pubblici e privati interessati. Gli enti locali sono coinvolti nel processo progettuale in tutti i livelli programmatico/gestionale e valutativo. La strategia di integrazione può anche concretizzarsi tramite delega all'Usll di una parte delle funzioni socio-sanitarie con facoltà ai Comuni di ulteriori deleghe, ma la situazione appare su questo molto varia.

La Ulss dovrebbe diventare Azienda unitaria locale dei servizi alla persona (Auslp) come base per lo sviluppo in rete dei sistemi delle cu-

re non solo ospedaliere, ma residenziali extraospedaliere (area della residenzialità estensiva e intensiva), del sistema delle cure primarie domiciliari, e del sistema delle cure ambulatoriali e dei servizi territoriali. L'integrazione socio-sanitaria è anche economica e finanziaria.

Viene previsto un ruolo forte della Segreteria regionale e dell'Agenzia regionale socio-sanitaria (Arss), che hanno il compito rispettivamente di reindirizzare e monitorare costantemente lo sviluppo del processo di rinnovamento e di fornire riflessioni ragionate circa l'evoluzione del sistema. L'Arss è l'organismo tecnico con particolare riferimento al sistema dell'accreditamento, certificazione, promozione della qualità, monitoraggio delle Aziende sanitarie, ecc.

7.2 L'introduzione dell'area vasta

Il Pssr propone l'individuazione di funzioni sovra-zonali (tutte quelle attività esercitabili in ambiti più ampi di quelli aziendali: farmaci e presidi protesici, forniture, convenzioni con la m.g., gestione dei sistemi informatici, osservazione epidemiologica, educazione sanitaria) e di area vasta (attività e compiti di programmazione e gestione di servizi in rete, che interessano più ambiti aziendali, anche interprovinciali). Potrebbero essere istituite Conferenze permanenti di direttori generali di Aziende di area vasta e la Direzione aziendale e oltre al Direttore sociale, che si affianca a quello sanitario e amministrativo, dovrebbero configurarsi due figure dirigenziali: una dei servizi ospedalieri e una dei servizi distrettuali.

7.3 Ruolo forte del privato sociale e introduzione dell'assistenza integrativa

I soggetti privati e il terzo settore partecipano ampiamente al processo di integrazione socio-sanitaria e sono implicati in tutti gli ambiti: programmatico, gestionale, valutativo, finanziario. C'è infatti nel Pssr il superamento dell'idea che vede i soggetti privati come semplici erogatori di servizi, senza capacità progettuale e imprenditoriale, mentre è valorizzato il principio economico di reciprocità e scambio della concertazione. Si punta quindi allo sviluppo di un sistema di accreditamento che non discrimina tra la natura giuridica dei soggetti erogatori e che dovrebbe agire da regolatore del sistema. Sono previste tutte le forme gestionali (dalla gestione diretta, ai consorzi, aziende speciali, concessione ad altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore, delega all'Ausl, società a capitale misto, ecc.) ma l'ambito territoriale di riferimento rimane il distretto.

Analogamente sono auspiccate varie forme (associazioni di mutuo soccorso, fondi, assicurazioni) con le quali si può realizzare una sinergia pubblico/privato per assicurare interventi di assistenza integrativa.

8. Conclusioni

La ricerca si è confrontata con le condizioni e con le capacità delle amministrazioni regionali e locali nel sostenere processi di elaborazione di *policy* e governo delle interdipendenze e nel dare corpo e sostanza alle indicazioni strategiche nel tentativo di restituire coerenza al rapporto tra strategie e organizzazione (Bonaretti, 2005).

Emergono alcuni tratti comuni alle varie Regioni:

- ♦ l'impegno a investire risorse sul territorio per le percentuali stabilite e anche oltre (per es. l'Emilia Romagna, dove già dal 2001 la quota di risorse destinata all'assistenza distrettuale è superiore a quella degli ospedali);
- ♦ la preoccupazione nel governo della domanda oltre che dell'offerta, con attenzione agli aspetti della sostenibilità della spesa e all'appropriatezza e qualità degli interventi;
- ♦ l'attenzione alle fasce deboli e in particolare agli anziani con la sperimentazione di varie soluzioni che comunque si orientano tutte ad organizzare l'assistenza in modo «leggero», cercando di mantenere il più a lungo possibile il soggetto nel suo luogo di appartenenza;
- ♦ l'attuazione della sperimentazione del budget di distretto (come previsto dall'art. 86 della 388/2000 - Finanziaria 2001) con il coinvolgimento dei Mmgg e dei Pls nei programmi territoriali;
- ♦ l'impegno a integrare le risorse per ottimizzare la loro resa sul territorio, ricostituire una globalità di approccio al cittadino e ai suoi bisogni e curare il momento di accesso ai servizi facilitandolo ma garantendo, nel contempo, un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi stessi.

I percorsi di integrazione, le modalità attuative e partecipative, sono articolati e di varia natura, dal momento che rispondono alle diverse scelte politiche e strategiche, alla tradizione e alla storia di ciascun territorio. Nel momento attuale il confronto lucido, basato sui risultati e sugli esiti delle varie esperienze e sperimentazioni, può costituire realmente un *know-how* da condividere.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 2003, *Monografia su Modelli di Sanità Regionale: Toscana-Lombardia*, «Salute e Territorio», Anno XXIV, Gennaio-Febbraio, pp. 10-62.
- Assr, 2004, *Meno Ospedale e più territorio: il trend continua*, «Monitor», Bimestrale dell'Agenda per i servizi sanitari regionali, Anno II, n. 10, pp. 34-49.
- Bellentani M.D., 2004, *Il Distretto: evoluzione normativa e panorama regionale*, relazione svolta al corso «La programmazione sanitaria», Formez, Roma 2004.
- Bellentani M.D., 2005 (in corso di pubblicazione), *Dalla Riforma Sanitaria alla Programmazione Sanitaria Nazionale e Regionale*, in *Programmazione Sanitaria: Linee, Metodologie, Strumenti*, Quaderni Formez.
- Bobbio L., 2002, *I Governi locali nelle democrazie contemporanee*, Laterza, Roma-Bari.
- Bonaretti M., 2005 (in corso di pubblicazione), *Governo Locale e innovazione organizzativa: le amministrazioni in trasformazione*, «R.U. - Risorse Umane nella P.A.», n. 2.
- Boni S., 2004, *La Formazione socio-sanitaria: quali competenze gestionali e operative per i servizi agli anziani?*, Atti del Convegno «Invecchiare bene. Le strategie individuali, familiari e politico-sociali per promuovere un "active ageing"», Fond. Ferrero ed., Alba.
- Boni S., Grandi S., La Rosa M., 1999, *La Formazione al Management Sanitario*, F. Angeli, Milano.
- Candela A.M. (a cura di), 2003, *L'attuazione della Riforma del Welfare Locale*, Rapporto di Ricerca, Quaderni Formez, n. 6/2003, Roma.
- Di Martino M.P., Chiurato A., 2005 (in corso di pubblicazione), *Linee di Tendenza della Programmazione Sanitaria*, in *Programmazione Sanitaria: Linee, Metodologie, Strumenti*, Quaderni Formez.
- Dotti C., 2005, *Scheda: l'integrazione socio-sanitaria in Lombardia*, Ricerca Formez, Roma.
- Dotti C., Fazione U., 2003, *Le politiche socio-sanitarie in Lombardia*, Anno XXXIII, n. 1, 15 gennaio 2003, pp. 9-12.
- Fattore G., Longo F., Partuzzolo S., 2003, *Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani sanitari rappresentativi*, in Annessi Pessina E., Cantù E. a cura di), 2003, *Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.
- Giarelli G., 2005, *Scheda: l'integrazione socio-sanitaria in Emilia Romagna*, Ricerca Formez, Roma.
- Lucarini A., 2004, *I Piani sanitari regionali alla luce del titolo V della Costituzione*, Cgil, Dipartimento Politiche per la Salute, I Conferenza Nazionale Cgil «Per il diritto alla salute un sistema di qualità», Roma, 29-31 gennaio.
- Mapelli V., 2004, *Il Costo crescente dell'assistenza agli Anziani*, «Monitor», Anno III, n. 11, pp. 11-21.
- Mozzanica C.M., 2003, *Le incerte prospettive della Sanità*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», Anno XXXIII, n. 1, 15 gennaio, pp. 4-8.
- Noto G., 2005, *Scheda: l'integrazione socio-sanitaria in Veneto*, Ricerca Formez, Roma.
- Orzella L., Mareca M., 2004a, *Parola chiave: distretto*, prima parte, «Care», Anno 6, n. 4, luglio-agosto, Il Pensiero Scientifico ed., Roma, pp. 24-28.

- Orzella L., Mareca M., 2004b, *Parola chiave: distretto*, seconda parte, «Care», Anno 6, n. 5, settembre-ottobre, Il Pensiero Scientifico ed., Roma, pp. 24-29.
- Pesaresi F., 2003, *La Governance dei piani sociali di zona*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 20.
- Ranci Ortigosa E., 2002, *Il Piano Socio-sanitario lombardo*, «Politiche Sociali e sanitarie», n. 2, pp. 1-4.
- Ranci Ortigosa E., Gori C., 2003, *Questioni aperte per politiche e servizi sociali*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», Anno XXXIII, n. 1, 15 gennaio, pp. 1-3.
- Saluter, 2005, *Sito della Regione Emilia Romagna* («È in vigore la nuova legge sul Servizio sanitario regionale»), pp. 1-4 del 17/1/2005).
- Siti delle Regioni (www.Regioni.it) e delle Agenzie sanitarie.
- Vicarelli G., 2002a, *Frammenti di un Discorso attorno alla continuità assistenziale*, «Tendenze Nuove», n. 2, Torino, pp. 159-165.
- Vicarelli G., 2002b, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione nei sistemi sanitari Europei*, «Politiche Sanitarie», n. 3, pp. 84-92.
- Vicarelli G., 2003, «Introduzione» a G. Vicarelli (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nei processi di riabilitazione*, Editoriale Vita, Milano.

Isee: il ruolo dei Caaf

Claudio Bosi

I Centri autorizzati di assistenza fiscale (Caaf) rivestono un ruolo molto importante nella presentazione e elaborazione delle dichiarazioni Isee, che si è andato ampliando nel tempo, tanto che oggi i Caaf rappresentano i partner principale dell'Inps per la raccolta delle Dichiarazioni sostitutive uniche

(Dsu) e l'invio alla banca dati nazionale. Essi svolgono in questo modo una fondamentale funzione di «consulenza» popolare. L'articolo ripercorre l'evoluzione del loro ruolo da quando – nel 1998 – fu utilizzato per la prima volta il nuovo strumento di calcolo.

Delle 4,1 milioni di dichiarazioni Isee raccolte dalla banca dati Inps nell'anno 2004, ben 3,8 milioni sono state elaborate e inviate dai Caaf. All'atto della promulgazione del d.lgs. n. 109/98, i Caaf non erano stati compresi tra gli enti deputati a svolgere attività di assistenza per la raccolta delle dichiarazioni e per il calcolo dell'Isee che in quel momento riguardava solo prestazioni di *welfare* «nazionali» quali assegno di maternità e assegno alla famiglia con almeno 3 figli minori, direttamente erogabili dall'Inps mediante richiesta presentata presso il Comune di residenza.

La comprensione delle novità tecniche della legge da parte dei Comuni fu lenta, il personale non venne formato per tempo e questo condizionò la disponibilità ricettiva e organizzativa dei loro uffici, tanto da sollecitare i Caaf (in particolare quelli promossi dai sindacati per i quali era prevalente la missione associativa di tutela e assistenza) ad intermediare l'attività fra l'ente locale, i cittadini e l'Inps.

Con il d.l. n. 130 del maggio 2000 e con i successivi decreti attuativi del 2001 vennero ampliati i campi di azione dell'Isee, stabilendo criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti richiedenti per l'intero complesso delle prestazioni e dei servizi sociali o assistenziali, come per i servizi di pubblica utilità.

L'innovativo strumento di calcolo ha permesso di rendere più oggettiva ed equa la selezione del diritto di accesso ai benefici dello stato sociale, utilizzando quali parametri di valutazione oltre al solo reddito (come avveniva precedentemente) anche il patrimonio e la composi-

zione del nucleo familiare in termini di qualità e quantità e introducendo il principio secondo il quale le prestazioni sociali rappresentano un diritto e le agevolazioni devono essere erogate ai richiedenti tenendo conto della loro effettiva ricchezza al fine di favorire i nuclei familiari meno abbienti.

L'Isee è divenuto così un indicatore unico e generalizzabile che ha permesso di attuare una scelta più equilibrata rispetto al passato tra universalismo dei possibili beneficiari e selettività rispetto alla gratuità o compartecipazione ai costi delle prestazioni, con un alto grado di modulabilità necessario per una società che intenda promuovere interventi sociali sulla base di una cultura di valori solidali nell'ambito di un'azione redistributiva delle risorse dedicate al *welfare*.

La *ratio legis* della norma oggettivamente non prevedeva attività di intermediazione di soggetti terzi rispetto agli enti erogatori e all'Inps detentore della banca dati unica nazionale, ma il ruolo svolto dai Caaf fino al momento dei decreti attuativi consigliava di inserirli come terzo ente deputato alla ricezione delle Dichiarazioni sostitutive uniche (Dsu), alla elaborazione dell'Isee e all'invio telematico nella banca dati Inps.

Questa nuova opportunità fu presa quindi nella convinzione, dimostrata poi preveggente, delle difficoltà amministrative e organizzative degli enti locali erogatori di adeguare la propria disciplina e le proprie funzioni tecniche di servizio al nuovo strumento. A conforto di questa scelta opera la concreta applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale introdotto con la riforma del titolo V della Costituzione (art. 138) che assegna alle Pp.Aa. un ruolo di regolazione, indirizzo e controllo, mentre prevede la possibile delega ai privati del ruolo di gestione, laddove dimostrino adeguati mezzi per l'efficace ed efficiente svolgimento di funzioni di interesse generale.

Vista la natura di enti commerciali dei Caaf e considerato che il costo di un tale servizio di carattere eminentemente sociale non poteva gravare sui singoli soggetti richiedenti per la loro stessa precondizione reddituale, fu stabilita una convenzione di servizio a titolo oneroso fra Inps e intermediari che compensasse i costi netti della rete di accoglienza, assistenza, elaborazione e invio da parte del sistema sussidiario. L'attività svolta in questi tre anni dimostra la bontà della scelta.

Le dichiarazioni Isee sono cresciute da 1,2 milioni inserite nel 2002, a 2,5 milioni del 2003, a 4,1 milioni nel 2004 e per più del 90% sono state prodotte dai Caaf che hanno svolto un ruolo aggiuntivo di principale motore di informazione nei confronti dei cittadini e di continua e determinata promozione dell'applicazione dell'Isee da parte degli enti.

È innegabile che il sistema dei grandi intermediari perseguendo l'obiettivo del consolidamento della legge (malgrado il disinteresse o, peggio, l'ostilità del governo in carica per un efficiente ed equo stato sociale), abbia messo in campo tutto il patrimonio di tenacia, credibilità, esperienza ed efficienza tecnica e organizzativa maturato in più di dieci anni di lavoro. Condizioni che gli hanno permesso di rappresentare, con le molteplici attività di servizio prestate ogni anno a più della metà della popolazione italiana, il principale referente dell'anagrafe tributaria e delle banche dati di Inps e Catasto. Il sistema dei grandi intermediari ha rappresentato conseguentemente uno dei partner più efficaci del complessivo momento di innovazione strutturale del sistema pubblico e di *welfare* mediante un capillare ruolo di informazione, tutoraggio e promozione delle novità legislative e amministrative applicate con tempi brevi e ha migliorato il rapporto fra Pp.Aa. e cittadini in termini di semplificazione, capillarità e contenimento dei costi.

In questi anni i Caaf promossi dalle organizzazioni sindacali sono riusciti a realizzare parallelamente:

- ♦ per le Pp.Aa: affidabilità del prodotto, certezza giuridica e standardizzazione tecnologica (peraltro assestatasi reciprocamente), organizzazione in rete di un servizio globale;
- ♦ per i cittadini: relazione fiduciaria, personalizzazione, semplificazione e qualità del servizio, decentramento e facile accessibilità della rete, capillare conoscenza e informazione sulle norme, sulle leggi, sui diritti e doveri di cittadinanza;
- ♦ per entrambi: terzietà professionale e comportamentale pur mantenendo salda la missione di tutela e assistenza propria delle associazioni promotrici.

Per queste ragioni hanno dato concreta risposta alla domanda diffusa di consulenza e assistenza globale sui diritti e sui doveri del *welfare*, ormai sempre più integrati fra settore tributario/fiscale e settore previdenziale/assistenziale con norme, come l'Isee, che collegano coerentemente lo stato sociale alle condizioni reddituali e patrimoniali delle famiglie.

Inneggabili i vantaggi anche per le associazioni promotrici:

- ♦ maggiore possibilità di sviluppo del tessuto associativo che continua a rappresentare uno degli elementi connettivi fondamentali della società e del rapporto tra questa e lo Stato;
- ♦ crescita qualitativa e quantitativa delle sue attività di servizio potenziando, anche sul piano della compatibilità dei costi, l'estensione della rete degli sportelli territoriali;

- ♦ maggiore possibilità di incontrare ogni anno milioni di lavoratori e pensionati, molti dei quali, per le attuali condizioni di vita e di lavoro, non avevano avuto occasione precedente di avvicinarsi al sindacato e oggi motivano e ispirano l'evoluzione e la migliore finalizzazione della proposta di rappresentanza generale che le Oo.Ss. avanzano sulla difesa dei diritti sociali e di cittadinanza.

Malgrado questa persistente attività di «marketing sociale» e i positivi risultati raggiunti, c'è da rilevare come ancora permangano, sia a livello centrale che locale (anche nei singoli assessorati compresi nel medesimo Comune) obsoleti strumenti di selettività di incomprendibile retaggio del passato.

Peraltro il processo di adeguamento continua ad essere lento, per molte situazioni ancora in corso e, a macchia di leopardo, minato da volontà «federaliste» sintomatiche di una scarsa comprensione della discreta duttilità e personalizzazione dello strumento metrico-parametrico dell'Isee.

È da rilevare come alcuni Comuni, come quelli di Roma e di Torino, abbiano colto appieno sul piano negoziale con le forze sociali e di *governance* delle diverse politiche e delle tariffe per i servizi di pubblica utilità (quali trasporti, energia, ecc.), il valore aggiunto della modularità della banca-dati della Dsu. Hanno peraltro richiesto ai Caaf maggiori dettagli informativi sugli elementi costituenti e sulla distribuzione dell'Isee, soprattutto se associati alla effettiva concessione delle prestazioni in essere collegata alla relativa efficacia sociale. Questo, anche ai fini di monitoraggio e taratura dei propri bilanci e dei conseguenti effetti sulle scelte di *welfare*.

A riguardo i Caaf hanno più volte sollecitato l'Anci, per le proprie funzioni associative, a considerare la possibilità di un accordo quadro nazionale di riferimento utile ad orientare le convenienze delle singole autonomie comunali in un processo progressivo di modularità applicativa della norma.

È risultato immediatamente positivo il riscontro da parte dell'associazione degli enti per il diritto allo studio universitario. Questo andrebbe reso sinergico con la Conferenza dei rettori per promuovere omogeneità selettiva nel riconoscimento di agevolazioni sulle tasse universitarie, sulle mense, sulle prestazioni legate al merito, sull'assegnazione degli alloggi, ecc.

Un'ultima nota dolente riguarda l'operato degli enti nazionali erogatori dei servizi di pubblica utilità quali l'energia e la telefonia. Malgrado le indicazioni date dalle rispettive «authority» di vigilanza e indirizzo, la

Telecom, inizialmente del tutto restia ad applicare l'Isee sulle tariffe riservate alle famiglie meno abbienti, ha applicato lo sconto del 50% del solo canone attraverso lungaggini e procedure burocratiche aggiuntive che di fatto hanno raffreddato la domanda; l'Enel, dopo numerosi e inutili incontri, ha rinviato *sine die* qualsiasi scelta con argomenti capziosi e francamente incomprensibili.

Un aspetto negativo da non sottovalutare è la mancata attuazione di quanto previsto dal d.l. 130 del 3 maggio 2000, rispetto alla costituzione di un organismo che istituzionalmente attuasse controlli, monitoraggi e valutasse lo strumento, così come previsto nella stesura della norma che indicava la costituzione di un comitato di verifica, mai istituito, presso la Presidenza del Consiglio.

Con l'evolvere della normativa e soprattutto con la modifica del titolo V della Costituzione non esiste più un quadro di riferimento unico sul territorio nazionale, infatti l'attuale normativa nazionale definisce un Isee standard senza puntualizzare se questo sarà l'unico strumento di valutazione della capacità dei mezzi.

Resta comunque discutibile se l'estensione delle competenze regionali in materia di politiche sociali a seguito della riforma costituzionale si eserciti anche sul metro mediante il quale misurare le condizioni economiche dei beneficiari.

Per ragionare su un esempio concreto, basti pensare al nuovo strumento Isel che propone la Regione Lombardia, anche considerando l'esperienza maturata negli ultimi 3 anni, nell'ambito applicativo dell'Ise-Fsa riguardante il fondo sostegno affitti, che nasce in applicazione del 109 del 98 mediante una convenzione specifica tra Caaf e la stessa Regione Lombardia.

Il primo elemento da sottolineare è che pur essendo in vigore il d.lgs. 130 del 2000, che contemplava la Dichiarazione unica e la banca dati nazionale, la nostra proposta di applicazione dell'Ise standard per l'ottenimento dell'agevolazione relativa al sostegno affitti fu preconcettualmente respinta per utilizzare parametri non convenzionali e annullare di fatto la confluenza della Dsu sulla banca dati dell'Inps.

Fu peraltro imposto l'utilizzo di una procedura informatica in rete predisposta da una società esterna all'uopo incaricata.

Il primo effetto negativo di questa scelta è stato subito dal cittadino il quale ha dovuto ripresentare una dichiarazione specifica anche se era già in possesso della Dsu-Ise nazionale che avrebbe potuto utilizzare per tutte le prestazioni sociali; il secondo effetto negativo si è avuto sull'inefficienza e l'inadeguatezza del sistema informatico imposto che

ha allungato le procedure di erogazione. Il terzo effetto negativo ha riguardato il costo amministrativo aggiuntivo sopportato dall'ente pubblico.

Malgrado questo incontestabile esempio di sottovalutazione, la Regione ha recentemente elaborato un nuovo progetto di legge (Isel) con studi tecnici di attuazione unilaterali che differiscono dalla norma nazionale mediante un provvedimento che va ad affiancarsi alla Dsu e Isee standard creando nuovamente la duplicazione degli adempimenti amministrativi.

La maggiore novità dell'Isel consiste nella sua probabile applicazione anche alle prestazioni sanitarie. Si sottolinea che la normativa nazionale limita il campo di attuazione dell'Isee alle prestazioni sociali o assistenziali, mentre lo strumento a suo tempo istituito dal Parlamento nazionale per disciplinare le prestazioni sanitarie non ha mai avuto attuazione.

Altra novità che verrebbe introdotta dal progetto di legge è l'utilizzo del reddito disponibile in luogo del reddito complessivo previsto dalle norme nazionali. L'obiettivo che si pone la Regione nell'utilizzo del reddito disponibile è quello di misurare l'effettiva capacità di spesa del nucleo familiare. Questo criterio mostra però delle carenze nel passaggio dal reddito lordo al reddito netto: infatti risultano sfavoriti i soggetti più deboli e chi possiede redditi esenti (con esclusione di chi percepisce l'indennità di accompagnamento, per la quale è prevista nel regolamento una franchigia) che dovrà dichiararli al fine della determinazione del reddito disponibile.

Malgrado la legittimità formale derivante dalla potestà normativa autonoma delle Regioni il caso Isee Lombardia che rischia di moltiplicarsi per il numero delle Regioni (e, perché no, per gli 8.000 Comuni) creando un ginepraio di norme e di sistemi selettivi a calcolo parametrico, di carattere discrezionale non monitorabile e improbabile nella certezza del diritto, contrasta evidentemente con la norma nazionale che sancisce un diritto di carattere amministrativo, che resta imprescindibile: «in ogni caso, ciascun ente erogatore di prestazioni sociali agevolate utilizza le modalità di raccolta delle informazioni attraverso la banca dati nazionale». Da questo discende che qualunque sia la prestazione, le informazioni economiche devono essere raccolte attraverso la Dsu e devono essere inviate al Sistema informativo dell'Isee presso l'Inps.

All'opposto crediamo utile riflettere su un altro esempio «limite», costituito dalla legge regionale 2/04 della Regione Campania per l'accesso al contributo previsto nel cosiddetto «Reddito di cittadinanza».

Con la l.r. 2/04, i cittadini aventi diritto e residenti sul territorio campano usufruiranno di un sussidio massimo di euro 350 mensili per nucleo familiare. Il progetto messo a punto dalla Regione Campania dichiara risorse disponibili per l'anno 2004 pari a 77 milioni di euro (da considerare solo gli ultimi tre mesi). La legge prevede, oltre all'erogazione del contributo mensile, anche altre misure, tra cui: accesso gratuito a servizi di pubblica utilità (politiche tariffarie dei trasporti, ecc.), impegno a contrastare la dispersione scolastica, formazione al lavoro, agevolazioni per l'autoimpiego incluse le forme di microimprese. Al reddito di cittadinanza è assegnato il 70% circa delle risorse disponibili. Per determinare il beneficio si fa riferimento al reddito familiare e i criteri per determinarlo sono principalmente due: la certificazione Isee e la stima del reddito presunto definito dalla legge regionale 2/04 che tiene conto di indicatori promiscui sulle condizioni di vita delle famiglie (es. consumi energetici, beni strumentali, autoveicoli, ecc.).

La Regione Campania è il primo ente territoriale in Italia ad adottare, in via sperimentale per i prossimi tre anni, il reddito di cittadinanza. L'intervento si colloca nell'ambito delle politiche sociali promosse dall'Unione Europea ed è finalizzato a promuovere e garantire la qualità della vita e il rispetto dei diritti di cittadinanza. Negli ultimi anni, infatti, il numero delle persone al di sotto della soglia di povertà è fortemente aumentato in tutta Europa.

È il caso di riflettere sul fatto che gli indicatori promiscui in aggiunta alla Dsu richiesti dovrebbero rappresentare elementi di analisi da parte dell'autorità ispettiva per verificare la correttezza e la veridicità della Dsu presentata. Diversamente nel caso Campania, nel quale emergono aventi diritto con reddito zero, numericamente superiori alla disponibilità delle risorse messe a disposizione, questi assumono valore selettivo parametrico.

Emerge da questo fenomeno la necessità, per un riconoscimento selettivo e funzionale del «reddito minimo di cittadinanza», di considerare una griglia certa, condivisa e generalizzabile comprendente tutte quelle informazioni integrative della Dsu-Isee utili a stabilire equità e omogeneità distributiva dei benefici sui soggetti richiedenti compresi sull'intero territorio nazionale.

La «Conferenza delle Regioni», riattivando le proprie competenze, potrebbe identificare tale griglia, fermo restando l'autonomia applicativa e procedurale da parte di ciascuna Regione.

Dalle considerazioni sopra esposte, e ricordando che le prestazioni

sociali si suddividono fra tre macro livelli di soggetti erogatori: nazionale, regionale, comunale, si evidenzia che con il differenziarsi delle domande per accedere alle diverse prestazioni il cittadino potrebbe trovarsi nella condizione di dover presentare molteplici dichiarazioni, in cui devono essere esposte sostanzialmente le stesse informazioni. Questo comporta un maggior onere economico di tempo e di risorse sia per le famiglie che hanno la necessità di accedere ai servizi, sia per le amministrazioni nel loro complesso. Infatti queste ultime, viste come sistema, si troveranno a dover verificare più volte la stessa situazione.

Visto che lo stesso d.lgs. 130 prevede comunque la possibilità da parte delle Regioni o dei Comuni di modificare alcuni parametri per la definizione dell'indicatore pur restando integrati nel sistema unico nazionale, non si comprendono le motivazioni di alcuni enti locali, Regione Lombardia in testa, di differenziarsi e stabilire modalità diverse di calcolo dell'Isee. Scelta ancor più incomprensibile se si considera che la stessa l. 130, dopo aver definito le modalità di calcolo dell'Isee da valersi su tutto il territorio nazionale come strumento oggettivo di misurazione della capacità dei mezzi, lascia all'ente erogatore la possibilità di definire ulteriori criteri e una diversa composizione del nucleo familiare per l'accesso a quel determinato servizio o prestazione. Questo non vuol dire una diversa Isee, ma l'affiancarsi a questa di ulteriori e diversi requisiti. In ogni caso, e ve ne sarebbe bisogno, se venissero proposti parametri diversi e condivisi con le parti sociali, potrebbero essere concordati e inseriti modificando e aggiornando l'attuale sistema nazionale. Così come se tutti gli enti erogatori interessati volessero avere a propria disposizione i dati che vengono inviati all'Inps, potrebbero acquisirli direttamente concordando la questione in via normativa o convenzionale tra Caaf, Inps ed ente erogatore.

Altro argomento è invece quello relativo all'applicazione dell'indice unico dell'Isee nell'ambito delle fasce per l'accesso alla prestazione. Questa è la vera definizione che resta totalmente nell'autonomia decisionale dei singoli enti erogatori e per conseguenza anche assoggettabile al confronto con le parti sociali. È chiaro che, pur mantenendo invariato l'indice unico, può essere comunque definito a livello locale l'accesso alla prestazione secondo le modalità che si ritengono più adeguate a quel livello o a quella specifica prestazione.

«Cura»

Micol Bronzini

Nella lingua italiana viene impiegato un unico termine, quello di «cura», per esprimere sia il complesso di mezzi e prassi terapeutiche con cui viene affrontata la malattia, che la più ampia e generale attenzione e sollecitudine nei confronti della sofferenza e della fragilità altrui, che si sostanzia nel prendersi cura. Questa polisemia cela il percorso parallelo di cui le due dimensioni della cura sono state protagoniste, a partire dalla nascita della medicina

scientifica, e che oggi si tenta di ricomporre, di fronte all'emergere di alcuni fenomeni in cui si esplicita l'inguaribilità del paziente. Tuttavia, per evitare il rischio di uno sterile riduzionismo di una delle due dimensioni nell'altra o di una mera giustapposizione, occorre risalire alle radici più antiche in cui tale contrapposizione affonda, ripercorrendo la storia della medicina, dalle sue origini mitologiche fino alla nascita della clinica.

Socrate: «Dunque, la natura dell'anima pensi che sia possibile capirla in modo che valga senza prendersi cura della natura del tutto?»

Fedro: «Se almeno bisogna dar retta ad Ippocrate, l'Asclepiade, nemmeno per il corpo, prescindendo da questo metodo»

Platone, *Fedro*

1. Curare o prendersi cura

Curare la malattia o prendersi cura del malato? Sempre più spesso il dibattito sulle dimensioni della cura viene posto in questi termini, riconoscendo implicitamente una prospettiva dicotomica sottesa al concetto di cura. Meno battuta è stata, almeno in passato, la via alternativa, volta a ricomporre l'unità semantica di questo termine, presente *ab origine*. Nell'etimo latino i due aspetti sono, infatti, intimamente legati e l'affanno, il pensiero, la preoccupazione per qualcuno implicano e rimandano alla sollecitudine, al farsi carico delle sue pene, e quindi al prendersene cura.

Alla voce «cura» il Dizionario della lingua italiana contempla quattro significati¹:

- ♦ impegno assiduo e diligente nel perseguire un proposito o nel praticare un'attività, nel provvedere a qualcuno o a qualcosa, premura;
- ♦ il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche relative a determinate malattie o a stati morbosi generali;
- ♦ il ministero del parroco; onde anche l'insieme dei fedeli affidati al parroco oppure la casa parrocchiale con la chiesa;
- ♦ pensiero molesto o tormentoso, affanno, angoscia.

Questi diversi ambiti semantici possono essere ricondotti a due prospettive fondamentali, una teleologica, dove la cura rivela uno stato di tensione continua verso l'altro, un rapporto finalizzato a prendere su di sé l'altrui sofferenza, sia in termini materiali che morali, e una strumentale, dove la cura, intesa come terapia, diventa unicamente il mezzo per intervenire sulla malattia. Nel primo caso è implicita una assunzione di responsabilità nei confronti della persona di cui si ha cura, del suo destino, che viene a sfumare nell'impersonalità della terapia.

Se nel termine *cura* si è comunque mantenuta l'originaria polisemia, in quello di terapia è prevalsa unicamente l'accezione strumentale, come insieme di mezzi e delle modalità impiegate per combattere la malattia. In realtà, etimologicamente la *therapeia*, che deriva dal verbo greco *therapeuo*, attiene principalmente all'aver cura, premura, attenzione, al servire e solo marginalmente alla cura medica. Nel suo significato letterale anche la terapia concerne, dunque, l'assunzione di un ruolo di attenzione e di servizio nei confronti dell'altro. L'evoluzione linguistica di cui sono state oggetto queste due parole, tra le più impiegate nel linguaggio medico, sottende i profondi cambiamenti intervenuti nelle modalità con cui il prendersi cura si sostanzia.

Nella lingua inglese la differenza tra le due accezioni di cura si è esplicitata e cristallizzata nell'utilizzo di vocaboli distinti, sebbene derivanti entrambi dalla medesima radice latina, *to cure*, che significa risanare, guarire, con riferimento alla sola cura medica e terapeutica e *to care*, aver cura, occuparsi, sostenere. Speculare a questa duplicità terminologica risulta la distinzione, evidenziata da Laplantine (1988), tra le due espressioni della malattia, il *disease*, ossia la malattia oggettiva, intesa come patologia, e l'*illness*, il vissuto soggettivo dalla malattia, lo

¹ Si fa riferimento alla voce «cura» del Dizionario della lingua italiana, edizione 2002-2003, curato da Giacomo Devoto e Giancarlo Oli.

stato di malessere che risulta dall'interpretazione individuale e del tutto personale della malattia. Alla luce di questa antinomia, frutto di un approccio obiettivante, si può pensare alla cura-terapia come intervento sulla oggettività della malattia e al prendersi cura come azione rivolta alla soggettività della condizione di malato.

Questa distinzione è frutto della cultura medico-scientifica che «ha prodotto una cura che distingue la malattia dalla salute, l'organo malato da quello sano, la parte dal tutto, con il beneficio che un individuo non è mai malato, ha solo un organo malato. L'aspetto negativo riguarda il paziente che, come unità, è emarginato dall'organo [...] e le cui esigenze globali vengono poste sullo sfondo» (Marsicano, 2000, p. 75).

Ma, come sottolinea lo stesso Laplantine «nella disputa tra malattia vissuta soggettivamente e malattia osservata e valutata dal punto di vista scientifico la pratica biomedica si preoccupa solo di assimilare la prima alla seconda. E proprio nello spazio di questa sfasatura si delineano e si collocano le interpretazioni psico-socio-economiche degli stati morbosi la cui esistenza e il cui sviluppo ci consentono di misurare i limiti del solo discorso medico-biologico nella nostra società, che per molti versi lascia insoddisfatto il nostro desiderio di significato» (Laplantine, 1988, p. 17).

Come è stato giustamente sottolineato di recente², la mancanza di una simile distinzione terminologica, in una lingua particolarmente ricca di lemmi come l'italiano, può essere letta come indice del permanere nella nostra cultura, rispetto ad altre, di un maggior orientamento olistico nei confronti del paziente, che accoglie la stretta interdipendenza tra le due dimensioni della cura.

Ad accentuare la contrapposizione tra la cura della malattia e il prendersi cura del malato hanno contribuito, però, da un lato, la crescente specializzazione del sapere medico, che ha permesso di incrementare in maniera esponenziale le possibilità di cura delle diverse patologie e, dall'altro, l'aumento considerevole di una serie di circostanze in cui si manifesta palesemente l'inguaribilità dei pazienti, dei quali è doveroso prendersi cura, pur nell'impossibilità di curarli.

Nel dibattito attuale alcuni fenomeni hanno posto l'accento sulla necessità di prendersi cura del malato: l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione di molte malattie, i dilemmi sollevati dalla

² Si fa riferimento, in particolare, alle riflessioni proposte da Patrizia Guarnieri nella sua «Introduzione», al numero monografico di «Medicina & Storia», *Bambini e Salute in Europa 1750-2000*, n. 7, 2004.

bioetica, i problemi connessi con la cura dei malati terminali e, non ultimo, lo sviluppo della psicoterapia. Tuttavia, spesso, all'interno di alcuni di questi dibattiti sembra emergere una certa tendenza a pensare che il curare sia riferito essenzialmente a chi può essere guarito e il prendersi cura a chi non può più essere guarito. In tal modo si finisce, però, con il riproporre, di fatto, la contrapposizione tra i due ambiti: curare la malattia *versus* prendersi cura del malato.

In realtà, in origine la pratica medica si svolge all'interno di un rapporto fiduciario personale e diretto tra medico e proprio assistito: curare e prendersi cura risultano intimamente connessi e presuppongono che il medico, da un lato, abbia a cuore le vicende del paziente, e che il paziente, dall'altro, si affidi al proprio medico. Con lo sviluppo di pratiche diagnostiche e terapeutiche sempre più impersonali, che prescindono dalla relazione diretta tra i due attori, la cura viene a connotarsi, però, in termini tecnici, avulsa dal prendersi cura della persona. D'altra parte, la fiducia interpersonale nei confronti del medico, lascia il posto ad una fiducia generica, istituzionale, nei confronti della scienza medica. Solo nei casi in cui la medicina scientifica mostra i propri limiti, non potendo guarire, si riafferma il bisogno di una presa in carico complessiva della persona malata, di un recupero del rapporto personale con il medico, fondato sul prendersi cura.

In special modo nella gestione della cronicità si tende a spostare l'attenzione dalla prospettiva del curare a quella del prendersi cura. Spesso, però, questo passaggio viene vissuto con un cambiamento del paradigma di riferimento: dal modello maschile, paternalista, asimmetrico, a quello femminile, simmetrico, dove la simmetria poggia sull'uguaglianza della condizione umana. La donna diviene, quindi, il modello di questo legame affettivo, che si sostanzia nel prendersi cura dell'altro, della sua fragilità. Di nuovo, quindi, il riproporsi della contrapposizione dove l'attività di *care* viene concepita per sua natura al femminile.

Tuttavia, l'esigenza di andare oltre questa antitesi, per recuperare la relazione di cura nella sua interezza viene posta con particolare forza dalla bioetica. Quest'ultima si trova, infatti, stretta tra le condizioni della ricerca scientifica, che progredisce solo attraverso una oggettivazione dei fenomeni che indaga, e gli imperativi etici di salvaguardia dell'autonomia e della soggettività dell'individuo.

Su questo sfondo si impone l'imperativo morale dell'aver cura dell'individuo in quanto tale, del suo bene e dei bisogni di cui questi è espressione.

Emerge, dunque, l'esigenza di un'etica della cura intesa come «una modalità di rapporto che comporta in primo luogo (prima, quindi, di ogni considerazione utilitaristica) il rispetto per il modo di essere e per la natura peculiare dell'individuo del quale ci si occupa e invita ad una disposizione che contempra la preoccupazione per il suo destino. Essa presuppone, quindi, una rinuncia alla posizione meramente manipolatoria e un interesse per la complessità di ciascun individuo» (La Torre, 1999). In tal senso, l'etica della cura va al di là perfino della reciprocità insita nella solidarietà, pur contrapponendosi come quest'ultima ai criteri universalistici dell'etica della giustizia e dei diritti di ispirazione kantiana, ma in nome di un'attenzione particolaristica, una propensione unilaterale ispirata alla gratuità, che accoglie al suo interno l'affettività della relazione con l'altro.

L'altro campo della medicina che sempre più frequentemente addita i rischi derivanti dalla scissione organica operata sull'individuo e da una cura che prescinde dalla relazione terapeutica con il paziente è quello della psicologia-psichiatria. Nella psicoterapia emerge chiaramente come l'esito del processo di cura sia ampiamente e profondamente influenzato dalla relazione tra paziente e terapeuta. Qui, più che altrove, si impone con evidenza come il primo farmaco sia rappresentato dal medico stesso (Balint, 1988) e come la qualità della relazione terapeutica sia determinante, così come la capacità empatica del terapeuta. Se l'empatia è l'esperienza di soggetti altri da noi e del loro vissuto e se, nel rapporto con i pazienti, il medico «empatizzando si preoccupa della loro condizione» (Stein, 1985, p. 143), è evidente che ci si colloca nella dimensione del prendersi cura della persona nella sua globalità. Nella relazione psicoterapeutica il malessere che si esprime in una determinata patologia va curato elaborandolo e integrandolo nel vissuto del soggetto. La riflessione sollevata dalla psichiatria, soprattutto da quella di matrice fenomenologica, va, dunque, alla radice stessa della contrapposizione tra curare e prendersi cura, in quella metodologia delle scienze naturali che esula dal vissuto soggettivo. Emerge, pertanto, la necessità di rifondare la psichiatria e la psicanalisi evitando di perpetuare l'errore cartesiano, da cui derivano i modelli teorici della psichiatria classica e della psicoanalisi, contraddetti, di fatto, dalle rispettive prassi terapeutiche. Dalla riduzione della *res extensa*, ossia del corpo, ad organismo, è derivata una contestuale oggettivazione della *res cogitans* con l'introduzione della *psyché*, «per spiegare tutti quei fenomeni irriducibili alla fisica e alla chimica dell'organismo» (Galimberti, 2003a, p. 287). Logica disgiuntiva che Freud radicalizza a livello

psichico nella contrapposizione tra conscio e inconscio. Con la psichiatria classica anche i fenomeni psichici vengono spiegati in termini anatomico-fisiologici e ricondotti a funzioni dell'organo cerebrale. Similmente, nella psicanalisi freudiana i fenomeni della coscienza vengono ridotti ad un ordine istintuale.

È su questa frattura che anatomia e psicologia procederanno parallelamente per tutto il secolo scorso impegnate a curare, rispettivamente, l'apparato organico e l'apparato psichico, lasciando sullo sfondo l'uomo. È, dunque, questa frattura che va ricomposta se si intende superare l'antinomia tra prendersi cura e curare, per una cura complessiva dell'uomo come progetto continuamente *in fieri* e apertura originaria e intenzionale sul mondo e sugli altri.

In realtà la dicotomia tra cura, intesa come trattamento medico, e cura come riguardo, attenzione sollecitudine non rappresenta che l'espressione parziale di una contrapposizione ben più estesa, che abbraccia molteplici ambiti. Dalla medesima matrice ha origine, infatti, l'antitesi tra salute e malattia, tra la malattia come evento sociale e la malattia come accidente biologico individuale, tra la cura pubblica e la cura privata. Contrapposizioni che presentano radici profonde nella storia della filosofia occidentale riconducibili proprio a quella logica disgiuntiva inaugurata da Cartesio, con la scissione tra *res extensa* e *res cogitans* e che possono essere ripercorse nella storia della medicina. Una storia che procederà a ritroso, dagli albori della clinica, alla notte del mito.

2. La cura all'interno della clinica

Per quanto concerne la storia della medicina si è assistito ad un graduale passaggio dall'*ars curandi*, nella quale la medicina appartiene al campo delle *technai*, è una tecnica intesa come arte e al contempo una professione, alla medicina come scienza. L'approccio scientifico alla malattia non può che fondarsi sulla separazione tra il dato oggettivo e l'esperienza corporea soggettiva. La malattia ne risulta quindi assolutizzata e reificata come entità estranea e distinta dall'uomo che ne è portatore; è solo con questa che il medico, in quanto scienziato, si rapporta. In una simile ottica la cura non può che avere ad oggetto una patologia che interessa uno specifico organo, non l'uomo nel suo complesso, nel suo *agere vitam*.

Nel momento in cui la malattia si separa dall'uomo che la vive, tanto

che l'anatomia nasce dal confronto con il cadavere, con il corpo morto, viene meno anche la sua coralità. La nascita della clinica ha operato, dunque, un duplice isolamento, quello della malattia dalla totalità somatopsichica dell'uomo malato, frutto della localizzazione della patologia in un punto esatto del corpo, e quello del malato dal tessuto di relazioni sociali in cui è inserito. È in questo passaggio che la cura assume sempre più il connotato di terapia, perdendo quello di soccorso, assistenza e presa in carico della persona malata.

La medicina scientifica che si sviluppa a partire dagli studi di anatomia si basa sulla distinzione tra l'organo malato e quello sano e sull'idea sottostante che sia possibile isolare una parte dal tutto. Come anticipato in precedenza, ne consegue, a livello ontologico, che l'uomo non è malato, ma *ha* un organo malato. È dunque unicamente l'organo malato a divenire oggetto della cura medica e non potrebbe essere diversamente dal momento in cui non si riconosce più la malattia come condizione esistenziale e modalità d'essere dell'uomo. Tuttavia, questa distinzione, che pur solleva l'uomo dall'angoscia della morte, consentendogli di considerare la malattia e la morte che di questa è la conseguenza, altro da sé, ha determinato nel processo di cura una scissione tra le «azioni di cura scientifica» e le «azioni di cura antropologica». Quest'ultima attiene a quella «parte di cura complementare ai trattamenti farmacologici e chirurgici che riguarda la relazione del paziente con il mondo» (Marsicano, 2000, p. 22). Nel momento in cui l'unica relazione è quella tra il medico e l'organo malato, il paziente espropriato della propria malattia resta sullo sfondo. Come ricostruito magistralmente da Foucault, per i medici del XVIII secolo la malattia costituisce allo stesso tempo un'entità ideale, e una specie naturale, e poiché la prima nell'esperienza concreta del singolo soggetto malato risulta alterata, per coglierla occorre operare un'astrazione. «Paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi. Certo bisogna conoscere “la struttura interna dei nostri corpi”; ma per sottrarla piuttosto, e liberare sotto lo sguardo del medico “la natura e la combinazione dei sintomi, delle crisi e delle altre circostanze che accompagnano le malattie”. Non è il fatto patologico a funzionare, rispetto alla vita come un contro-natura, ma il malato rispetto alla malattia stessa. [...] Lo sguardo del medico non si rivolge al corpo concreto, all'insieme visibile, alla pienezza positiva che gli sta di fronte, il malato; ma a intervalli di natura, a lacune e a distanze, in cui appaiono, come in negativo “i segni che

differenziano una malattia dall'altra, la vera dalla falsa, la legittima dalla bastarda, la maligna dalla benigna". Medici e malati non sono coinvolti con pieno diritto nello spazio fondamentale della malattia; essi vengono tollerati come altrettante perturbazioni difficilmente evitabili: il ruolo paradossale della malattia consiste soprattutto nel neutralizzarli, nel mantenere tra loro la massima distanza, affinché la configurazione ideale della malattia, tra i loro due silenzi, e il vuoto che si scava tra l'uno e l'altro divenga forma concreta, libera, totalizzata infine in un quadro immobile, simultaneo senza spessore né segreto, in cui spontaneamente il riconoscimento s'apre sull'ordine delle essenze» (Foucault, 1969, pp. 20-21).

In questa fase, dunque, la relazione di cura si caratterizza per il silenzio di entrambi i soggetti coinvolti, che devono limitarsi a lasciar parlare la malattia. Ciò distingue la clinica dall'ospedale, dove il malato è ancora considerato soggetto della sua malattia e il ruolo del medico è quello di scoprire la malattia nel malato. In parte è con la Rivoluzione francese che si tenta di riscrivere la malattia nel malato, di definire le malattie a partire dal malato con l'obiettivo ambizioso «di inglobare il sapere particolare in un sapere enciclopedico della natura e conoscenza dell'uomo nella società» (*ibidem*, p. 89). Con il disintegrarsi dei valori rivoluzionari la clinica riprenderà, però, il proprio corso, ignorando l'uomo nella sua interezza e dividendo il corpo in organi, in cui sarà possibile individuare e localizzare le malattie. La relazione di cura che ne deriva esclude l'uomo sostituendolo con la sua malattia. «Ma se l'unico rapporto esistente è tra il medico e la malattia, intesa come entità separata dall'uomo malato, la cura non potrà che essere orientata verso una sindrome, un organo, una disfunzione, mai verso l'uomo che vive nella sua totalità somatopsichica e insieme sociale» (Basaglia, 1982, pp. 27-28).

Ma prima ancora di questo isolamento prodotto dalla clinica, l'originaria frattura da cui hanno poi avuto origine tutte le altre è stata, come anticipato, quella tra corpo e anima: solo un corpo privato dell'anima può diventare oggetto di una conoscenza obiettiva e scientifica. Nel Medioevo, prima che avesse luogo una simile scissione tra corpo e anima, la cura conservava ancora una dimensione globale, al punto da non poter distinguere tra salute fisica e salvezza dell'anima, di cui è espressione l'impiego di un unico termine «*salus*» per indicare entrambe. Risalendo ancora più indietro, nella mitologia è proprio la dea Cura, che modella l'uomo dal fango, la sintesi tra il soffio vitale di Giove, quella che oggi chiameremmo anima, e la terra di cui è fatto il corpo dell'uomo.

Tuttavia la medicina attuale non discende dalla mitologia e «laddove le società del passato unificavano tutti gli ordini della realtà attraverso la funzione simbolica del mito, quelle contemporanee stabiliscono corrispondenze, relazioni causali, in un imperante sociale oggettivizzato. La medicina oggi è l'artefice principale di tale oggettivazione sociale. La sua continua specializzazione altro non è se non l'oggettivazione del male attraverso la sua decifrazione esclusivamente organica. [...] Tuttavia il senso biologico non è sufficiente a svolgere quel lavoro d'interpretazione svolto in passato dal senso sociale della malattia. La crisi del senso è disperatamente dissimulata dalla ricerca della causa. Tuttavia in una società secolarizzata, laddove, la causa non esiste, essa diviene disperazione sociale, solitudine, vuoto escatologico» (Cavicchi, 1998, p. 78).

Dunque, la medicina in senso moderno non ha più legami con la sua mitologia, ma ha origine dalla meccanica di Galileo e dalla filosofia cartesiana, dalle quali deriva l'applicazione al corpo-macchina delle leggi della fisica, operata dall'anatomia e dalla fisiologia e, prima ancora, dalla filosofia di Platone.

3. *Corpo e anima*

Prima di Platone la *psyché* non sta ad indicare l'anima che si contrappone al corpo, ma distingue unicamente il corpo che vive dal cadavere. La relazione originaria è dunque quella del corpo con il mondo, corpo che agisce nel mondo, il corpo vivente, corpo ridotto ad una cosa senza relazioni con il mondo, il cadavere. Il dualismo inaugurato dalla filosofia platonica ha costituito il terreno per la nascita del pensiero scientifico occidentale. Dall'unità del corpo vivente, a partire da Platone, si è affermata la distinzione tra apparato organico e apparato psichico.

Il riconoscimento aristotelico dell'anima come «qualcosa del corpo», avrebbe consentito di recuperare la distinzione fondamentale, cara al mondo omerico, tra corpo vivente, qual è il corpo che ha un'anima, e il cadavere, che dell'anima è privo non in quanto mero corpo, ma in quanto non più corpo vivente. Tuttavia, il pensiero occidentale e la medicina moderna, che da questo discende, non hanno seguito l'intuizione aristotelica, perpetrando, invece, la contrapposizione anima-corpo, che ha consentito l'oggettivazione dell'uno e dell'altro, affidando l'anima alla religione prima e alla psicologia poi, il corpo alla cura medica.

Il pensiero scientifico non può prescindere da una riduzione del corpo ad oggetto che possa essere indagato, come tutti gli altri oggetti, attraverso le leggi fisiche. Tale oggettivazione del corpo è il risultato della distinzione cartesiana tra *res extensa* e *res cogitans*, sulla base della quale, essendo unicamente la seconda a pensare e quindi ad esistere, il corpo viene vissuto solo in terza persona, come altro da sé. A partire dal dualismo cartesiano la scienza si è occupata esclusivamente della *res extensa* (la sola a poter essere indagata in quanto la *res cogitans* abita un altrove inaccessibile alla scienza), applicando a questa le proprie leggi materialistiche, deterministiche, lineari e universalistiche. Ma l'oggettivazione del corpo non può che avvenire a prezzo della morte del corpo vivente. Non a caso l'anatomia nasce dallo studio dei cadaveri; come sottolinea Foucault: «una clinica dei sintomi cerca il corpo vivente della malattia; l'anatomia non gliene offre che il cadavere» (Foucault, 1969, p. 155). Ma la differenza tra corpo vivente e cadavere è incommensurabile, quale quella tra la vita e la morte.

La medicina moderna nasce, dunque, con il sezionamento dei cadaveri: è da questa operazione di disgregazione prima e di ricostruzione poi attraverso la fisiologia che deriva l'idea di un corpo come insieme di parti che interagiscono tra loro secondo le leggi della meccanica newtoniana. L'anatomia con cui si apre l'era della medicina moderna presuppone, come indica l'etimologia del termine (*anatemno*, tagliare) la possibilità di separare, distinguere le varie parti del corpo umano, che sono considerate collegate tra loro da relazioni meccaniche. Così concepita, la medicina non coglie, però, la relazione del corpo con il mondo esterno: gli organi non sono solo parti biologiche del corpo ma relazioni del corpo con il mondo, non è dunque unicamente l'organo ad essere malato ma lo è la relazione dell'uomo con il mondo, mediata da quell'organo. Quello che manca alla ricostruzione operata dall'anatomia e dalla fisiologia è la possibilità di definire il modo in cui i vari organi sono in relazione con il mondo. Stando così le cose, la cura non può limitarsi a risanare l'organo malato, ma deve coinvolgere anche quella relazione uomo-mondo.

Il corpo nel suo essere nel mondo come progetto e intenzionalità, «lancia messaggi che la medicina, la psichiatria e la psicoanalisi classica non possono raccogliere per la semplice ragione che non conoscono il corpo perché hanno frequentato sempre e solo l'organismo, il quale, a differenza del corpo, non dispone di un'intenzionalità dispiegata nel mondo» (Galimberti, 2003a, p. 14). La medicina non conosce il linguaggio simbolico del corpo, per cui legge i sintomi non come simboli

che rimandano al vissuto esperienziale della persona, ma unicamente come segni da riinviare, attraverso la diagnosi differenziale, alla sintomatologia di ciascuna malattia. «La cura al momento attuale è questa mancata risposta a un bisogno che si esprime attraverso un linguaggio del corpo, di cui viene colto solo il segno e non ciò che significa» (Basaglia, 1982, p. 52).

A livello sociologico questa tensione si esprime nella contrapposizione tra due paradigmi di indagine della salute/malattia, quello positivista, che deriva dallo struttural-funzionalismo, e quello nominalista di radice fenomenologica. La sociologia di matrice fenomenologica «si propone di descrivere il senso soggettivo della malattia, trascurato e soffocato dal suo trattamento in termini oggettivi e operativi», a partire dall'esperienza personale che il proprio corpo ha del dolore e della malattia (Ingrosso, 1994a, p. 91). Alla luce di quanto detto la ricomposizione delle due dimensioni della cura non può prescindere dal ricongiungimento della salute e della malattia all'interno di un corpo vivente. Solo allora la cura potrà consistere nella «mediazione attraverso la quale l'uomo è aiutato a vivere l'esperienza malata, di un corpo che resta suo anche nella malattia, contro la quale può lottare solo se riconosce come parte di sé» (*ibidem*, p. 55).

4. Salute e malattia

Nella assolutizzazione del rapporto salute/malattia si perde di vista la relazione originaria, che è quella del corpo con la vita che esperisce e di cui è a sua volta il prodotto.

Nel pensiero occidentale moderno, salute e malattia sono concepite come entità contrapposte e nettamente distinguibili. Smarrita la sacralità della vita e della morte, il valore della vita viene sempre più a coincidere con la salute che «diventa un progetto, un obiettivo da raggiungere, un valore in sé, staccato dalla vita e dalla malattia, un'ipotesi senza la quale la vita appare priva di dignità, l'unica dignità essendo riconosciuta allo stato di salute» (Basaglia, 1982, p. 5). Frutto di questa concezione è l'esclusione della malattia dal tempo e dagli spazi della vita, reclusa negli ospedali e affidata esclusivamente alla cura e alla terapia medica. D'altra parte, questo processo di definizione della malattia e il suo stagliarsi dalla vita alimentano l'utopia che, combattendola, si possa rinviare indefinitamente la morte, «diventata [nient'altro che] il limite della medicina di fronte alla malattia» (*ibidem*, p. 4).

Isolata la malattia, la cura si riduce, inevitabilmente, a un gesto tecnico su un organo malato, che costituisce un'anomalia rispetto a quella norma assoluta rappresentata dalla salute. In tal senso la cura della malattia, o meglio dell'organo malato, svolge essenzialmente una funzione di «normalizzazione rispetto a fenomeni che non sono mai presi per quello che sono, ma per ciò che diventano in rapporto ad una norma che coincide con la salute» (*ibidem*, p. 49). La norma non è più, dunque, la vita con la sua compresenza di salute e malattia, quest'ultima espressione di un bisogno e di un disagio, ma una salute assolutizzata.

Nel momento in cui il processo di cura investe esclusivamente l'organo malato, la stessa organizzazione della cura, che si esprime nei ritmi e negli spazi ospedalieri, prescinde dai bisogni del paziente. «L'ospedale è costruito come luogo di cura idealizzato. [...] L'operatore sanitario espleta la propria funzione tecnica, lo spazio è strutturato per mansioni tecniche, il tempo segue la sequenza determinata dall'astrazione della cura» (Marsicano, 2000, p. 16). In questo spazio e in questo tempo organizzati attorno alla malattia il paziente ricoverato è, di fatto, alienato.

In questa logica tutto il processo di cura non fa che riaffermare l'espropriazione, operata dalla medicina, del corpo dell'uomo malato. Resta preclusa alla cura quella sollecitudine, quell'interesse per la guarigione, che non possono prescindere dalla riappropriazione da parte del paziente del proprio corpo e delle proprie esperienze. Per recuperare questo significato della cura è necessario andare oltre l'assolutizzazione dei due poli, salute/malattia, alla riscoperta del valore e della dignità dell'uomo, in riferimento alla quale salute e malattia assumono una connotazione relativa.

Del resto, ontologicamente l'unica contrapposizione che si pone è quella tra la vita e la morte, dove nella vita si alternano e si compenetrano salute e malattia, e dove la morte è la fine di questo vivere. L'errore implicito nella logica disgiuntiva, che sottende la contrapposizione tra salute e malattia, è quello di considerare che nella malattia non c'è più l'uomo sano, cui subentra un qualcosa di assolutamente altro. Ma «affermare che l'uomo è "diventato" ammalato e che la malattia è il risultato di tale divenire non vuol dire e non può voler dire annullare l'uomo» (Cavicchi, 1999, p. 176). Salute e malattia non costituiscono stati, polarità tra cui oscilla l'esistenza umana, ma forme, modalità d'essere o, in termini fenomenologici, possibilità in cui si compie l'esistenza dell'uomo. La filosofia positivista, che ha rappre-

sentato la culla del pensiero scientifico, si basa sull'oggettività del dato, trascurando il problema della libertà dell'uomo come possibilità. «L'uomo malato rivela, [però,] la sua condizione di inguaribilità e la guaribilità rappresentata dai rimedi è la sua possibilità di scelta» (*ibidem*, p. 181). Una nuova prospettiva ontologica della medicina che intenda l'uomo come possibilità è tanto più cogente dal momento che «la scienza può permettere al soggetto di scegliersi come tale, nel senso di autodeterminarsi in contesti dati» (Cavicchi, 1998, p. 154). Se alla medicina sempre più viene richiesto di rispondere alle angosce esistenziali dell'uomo e se questo è il senso di un significato ampio della cura, tale risposta, accogliendo la possibilità e la libertà dell'uomo, deve fondarsi sulla stessa possibilità dell'uomo, per quanto inguaribile, di decidere di vivere una vita compiuta. La libertà dell'uomo di autodeterminarsi solleva una richiesta di scelta della cura e implica, perciò, una medicina pluralista.

A questa filosofia della possibilità si affiancano le nuove scoperte della scienza, che hanno superato il meccanicismo newtoniano, per le quali gli atomi non costituiscono più gli elementi fondamentali dell'universo, che si compone di particelle sub-atomiche, che altro non sono se non onde, che rappresentano infinite realtà potenziali.

Se la condizione umana non è data una volta per tutte all'interno di un ordine preconstituito, ma è possibilità, la medicina si inserisce nella costruzione di queste possibilità, riscoprendo l'ambivalenza della vita e della morte e fondando nuove significazioni della malattia a partire da tale ambivalenza.

Nel momento in cui la malattia non va rinnegata e rimossa ma iscritta nel vissuto soggettivo come esperienza significativa, il «mito della guarigione» può lasciare il posto alla «possibilità del prendersi cura, come capacità di confrontarci col limite e con la morte possibile e nello stesso tempo con la salute come speranza di vita e di benessere» (Ingrasso, 1994b, p. 261). A questo va deputato il rapporto medico-paziente, al cui interno deve avvenire il riconoscimento e la definizione della salute e della malattia, non più intese come dati oggettivi come nel paradigma biomedico, ma come costrutti all'interno di un più ampio modello biopsicosociale. «In questo modello i contesti biologici, psicologici e sociali sono considerati dimensioni della stessa importanza, non essendo alcuno di questi prioritario nello spiegare il comportamento umano nel benessere e nella malattia» (Tatarelli, De Pisa, Girardi, 1998, p. 89).

5. *Malattia e morte*

La stessa idea della morte ha assunto le sembianze a cui siamo oggi abituati solo nel XVI secolo; prima di allora la morte recita la sua parte in un *teatro collettivo* (Baudrillard, 2002); non è uno spettro della coscienza individuale. Solo con l'interiorizzazione della morte, come destino individuale e non più collettivo, si insinua l'angoscia della morte a cui la medicina sarà pronta a fornire una delle risposte. «Tutta la nostra cultura non è che un immenso sforzo per dissociare la vita dalla morte [...] abolire la morte è il nostro fantasma che si ramifica in tutte le direzioni: quella della sopravvivenza e dell'eternità per le religioni, quella della verità per la scienza, quella della produttività e dell'accumulazione per l'economia» (*ibidem*, p. 162). Anche la rappresentazione moderna della morte come evento asintotico e isolato dalla vita, deriva dalla concezione meccanicistica dell'organismo umano. Presso i popoli primitivi vige la «reciprocità della vita e della morte, quali si scambiano in un ciclo sociale invece di stagliarsi secondo la linearità biologica» (*ibidem*, p. 148).

Per l'uomo moderno è venuta meno l'idea del continuo scambio tra morte e vita, scambio che cessa nel momento in cui la biologia localizza la morte in un punto e in un luogo: il corpo mortale distinto dall'anima immortale. Se il ragionare attorno a quest'ultima viene lasciato alla religione, è la scienza l'altra metafisica complementare che si occupa del corpo organico. Ma «è con il cadavere che la medicina diventa moderna [...] e rimarrà probabilmente decisivo per la nostra cultura il fatto che il primo discorso scientifico da essa svolto sull'individuo abbia dovuto passare attraverso questo momento della morte» (Foucault, 1969, p. 223). Prima che il malato fosse isolato in quell'ambiente tecnico che è l'ospedale, era possibile un riconoscimento sociale del malato e uno scambio simbolico della sua malattia. Ma, dal momento in cui per l'uomo moderno la malattia costituisce una negazione dell'unico valore che è la salute, lo scopo della medicina è quello di ripristinare la salute negando la malattia. Per molte culture primitive, la malattia costituisce, invece, un valore, un passaggio iniziatico e anche quando rappresenta uno squilibrio, viene interpretato come una rottura nello scambio sociale; ne consegue che lo stesso processo di cura sia un processo sociale che coinvolge tutto il clan, che si attiva per riequilibrarlo. Presso i popoli primitivi nella relazione di cura i soggetti non sono mai soltanto due, il guaritore e il malato, ma è tutto il gruppo a partecipare al processo di cura che è scambio

simbolico, «mentre per noi il male si autonomizza come rapporto organico con la sua causalità oggettiva, e il malato e il medico si oggettivizzano, da una parte e dall'altra, come passivo e attivo, paziente e specialista» (Baudrillard, 2002, p. 204). La differenza fondamentale tra il pensiero moderno e quello delle comunità primitive è che il primo si basa su una logica disgiuntiva, mentre il secondo accoglie l'ambivalenza simbolica. Perduta l'ambivalenza della malattia, la logica disgiuntiva prevede di poter distinguere tra normale e patologico, attribuendo alla stessa cura una funzione di normalizzazione, all'insegna di quell'equivalente generale che è la salute. Nello scambio simbolico, al contrario, anche la vita e la morte si scambiano continuamente in un processo che è sempre reversibile e dove non c'è una demarcazione tra l'una e l'altra a segnarne l'irreversibilità. Il corpo è sempre un «corpo comunitario [...] dove avviene la circolazione dei simboli» (Galimberti, 2003a, p. 33). È a questo corpo depositario di simboli che si rivolge l'arte sciamanica in un rapporto di cura che è essenzialmente linguaggio, che consente uno scambio simbolico tra il malato e il gruppo. A partire da Platone l'ambivalenza simbolica dello scambio lascia il posto alla logica disgiuntiva, dove il valore non si scambia continuamente ma si accumula, grazie all'introduzione dell'equivalente generale. Nei rituali sciamanici il corpo malato, con il sistema simbolico di significati di cui è espressione, è il soggetto, nella pratica medica attuale il corpo malato non è più neppure l'oggetto della cura, è solo il supporto organico della malattia, che resta l'unico vero oggetto di cura. La malattia non è più una modalità d'essere del malato, ma è qualcosa che è possibile astrarre dal malato. Tuttavia, dal momento che la malattia attiene al solo organismo e non all'esperienza del corpo nel suo essere nel mondo, se ne smarrisce il senso esistenziale. Così «il senso esistenziale della malattia e della morte, l'unico che il malato può scambiare con chi lo assiste e lo cura, è sepolto sotto la ragione clinica per cui uno muore» (*ibidem*, p. 100). Quello che la visione meccanicistica dell'organismo non ha compreso è che l'uomo non è una macchina che si usura, ma «la morte è immanente alla vita. Il senso della vita è in questa ambivalenza simbolica e non in quell'equivalente generale della salute su cui la medicina ha costruito se stessa» (*ibidem*, p. 100). Il bisogno di recuperare il senso perduto della vita, e quindi della morte, riemerge con forza, nel momento in cui il malato, sempre più frequentemente, chiede al medico, non solo di spiegargli la propria malattia, ma di aiutarlo a comprenderla. «Perché? Perché proprio io?» è la domanda più angosciante che al medico pos-

sa essere rivolta dal paziente, a cui non interessa più sapere come agisce la malattia nell'organismo, ma che vuole comprendere perché il suo corpo si è ammalato. La relazione di cura, che dovrebbe rappresentare una risposta alla sofferenza del malato, non può prescindere da questa richiesta di senso. Per rispondere ad una simile domanda, occorre abbandonare l'idea che la malattia sia «l'effetto di una causa» per riscoprirlo come «significato di un rapporto, il significato che la malattia assume in colui che la vive» (*ibidem*, p. 284).

Il che implica rivestire il corpo di quel *connotato egoico* di cui la medicina scientifica l'ha spogliato. Non è l'organismo ad avere una malattia, ma il mio corpo vivente ad essersi ammalato, con il conseguente modificarsi del mio rapporto con il mondo, che proprio attraverso quel corpo si esprime. Con la malattia, quel che è più evidente nel modificarsi del rapporto corpo-mondo è la chiusura del corpo in se stesso; l'originaria apertura nei confronti del mondo esterno si contrae e il corpo si concentra su se stesso dilatando l'ascolto dei propri segnali. L'essenza della malattia sta nel modificarsi di questo rapporto con il mondo, in quanto «essere ammalato significa distogliere la mia intenzionalità dal mondo, dove si distende l'orizzonte della mia presenza e dove le cose assumono quel significato per cui ha un certo senso per me essere nel mondo, per concentrarla sul mio corpo, anzi sulla malattia, che non consente più al mio corpo di progettarsi nel mondo come prima accadeva» (Galimberti, 2003a, p. 282).

6. *Cura-curae*

La medicina nel momento in cui, nella sua tensione verso l'assolutezza, risolve l'ambivalenza nel principio dell'equivalenza generale della salute, adotta una logica monista che riconduce la complessità del reale ad un unico principio unitario sottostante. Il monismo medico si esplicita nella concezione *sostanziale* del rimedio, per cui «il principio attivo di un farmaco è autonomo dall'essere e dal dire, oggettivo quindi indipendente dall'essere e dal dire, materiale prescindente dall'essere e dal dire» (Cavicchi, 1999, p. 143). Questa impostazione di fondo risulta, però, in aperta «contraddizione con il pluralismo scientifico, etico, culturale, sociale, razziale e religioso della nostra società» (*ibidem*, p. 141). Di qui l'esigenza sempre più insistente di una medicina e di una cura al plurale. Quando si parla di medicina al plurale, generalmente, il riferimento immediato è a tutte quelle pratiche alterna-

tive alla medicina convenzionale. Si pensa, cioè, alla pluralità delle risposte di cura; in realtà la pluralità della medicina attiene, prima ancora, alla pluralità delle domande poste, derivante dalla riaffermazione della soggettività dei pazienti.

Fintantoché l'oggetto della cura medica è l'organismo, si può percorrere la strada di un sapere unitario, fondato su un'unica verità e una sola tipologia di risposta. Ma dal momento in cui l'interlocutore del medico torna ad essere il malato, nella sua complessità socio-psicosomatologica, non si può non tenere conto di come la soggettività dei pazienti intervenga nel processo terapeutico, introducendovi una pluralità di punti di vista, di significati, di relazioni con il mondo.

Nel campo farmacologico, si sta recependo l'idea della variabilità terapeutica del farmaco, dovuta all'interazione tra biochimica, soggettività della persona e comunità sociale di riferimento. Questo significa accettare che il risultato terapeutico non sia l'esito lineare dell'azione terapeutica in quanto tale, ma «una proprietà emergente di un sistema terapeutico a più voci e a più punti di vista» (Cavicchi, 1999, p. 156). D'altronde, agli stessi risultati è pervenuta la scienza nel suo studio dell'universo, nel momento in cui si è accorta che quest'ultimo è una globalità irriducibile, che interagisce con se stessa, e dove il comportamento delle singole parti altro non è che l'esito emergente dalle proprietà del tutto e non viceversa.

Adottando un simile approccio sistemico si recupera quella ambiguità tra *input* e *output* del processo di cura, dove sia il medico che il paziente sono al contempo rimedio, in quanto coinvolti con le loro soggettività nella somministrazione del rimedio stesso.

È in questo coinvolgimento delle diverse soggettività che è possibile attribuire un senso al processo di cura. Spezzata la logica lineare della cura viene meno anche la separazione tra esterno e interno, su cui si è fondata la terapia come intervento esterno per riparare l'interno malato. Del resto, solo il cadavere può essere pensato come chiuso nel suo *in sé*, oggettivato; per il corpo vivente, inteso come apertura sul mondo, non ha senso la contrapposizione tra un'esperienza interna e una esterna. Difatti, anche il rapporto originario tra corpo e mondo, non va letto in un'ottica disgiuntiva, ma nella sua ambivalenza simbolica, dove il corpo è letteralmente *simbolo* del mondo, ossia gettato insieme al mondo, in un gioco di specchi e di rimandi, dove «ogni esperienza è il riflettersi del mondo nell'io e il modificarsi dell'io per effetto del suo rapporto con il mondo» (Galimberti, 2003b, p. 126). Sovvertita la linearità del processo di cura, superata la logica disgiunti-

va è possibile tornare a quella originaria ambiguità presente nella concezione mitologica della cura.

7. *La cura nei grandi miti dell'antichità*

Nel personaggio mitologico di Chirone si esprime tutta l'ambivalenza della malattia, nel suo configurarsi come scambio simbolico tra la vita e la morte. Chirone è un centauro metà uomo e metà cavallo, creatura semidivina, figlio del dio Crono. Chirone è sapiente ed esperto nell'arte della medicina e della profezia e presso di lui verranno educati moltissimi eroi mitologici, legati alle arti mediche, quali Asclepio, Achille ed Eracle. Proprio quest'ultimo, per errore, colpirà il centauro con una freccia avvelenata con il sangue dell'Idra di Lerna, provocando una ferita dolorosissima e inguaribile. Destinato dalla sua immortalità a dover convivere con l'atroce dolore provocato dalla ferita, Chirone riuscirà ad ottenere da Zeus di poter rinunciare alla propria immortalità scambiandola con la liberazione di Prometeo. Nel mito di Chirone si esprime tutta l'ambivalenza della condizione dell'uomo, un uomo inguaribile, che solo con la morte può porre fine alla propria sofferenza. Attualmente è proprio l'idea che la morte sia la soluzione per l'inguaribilità, quale condizione esistenziale dell'uomo, ad essere messa in discussione. Ma la grandiosità del mito e la differenza con quello successivo di Esculapio, sta nella scelta di morte compiuta dal Centauro. Questa stessa scelta di morte, nel momento in cui viene scambiata con la liberazione di Prometeo, allude all'immortalità, immortalità non del singolo uomo, ma della comunità umana, attraverso il tramandarsi dell'arte medica. Colui che può dare guarigione è, dunque, destinato all'inguaribilità e alla morte. Non è questa, in fondo, la condizione umana? Non è forse l'uomo destinato ad essere inguaribile eppure capace di guarire gli altri uomini?

Anche Asclepio, l'Esculapio latino, dio della medicina, viene educato dal Centauro Chirone e anche nel suo mito è presente l'ambivalenza della vita e della morte. Esculapio viene salvato da Apollo, altra divinità legata alla medicina: quando stava già ardendo tra le fiamme, il mito racconta che Apollo lo rapì al cadavere. La storia di Esculapio è tutta all'insegna di un simile sovvertimento delle leggi divine che regolano la vita e la morte, e proprio per questo Esculapio verrà punito da Giove che lo colpirà con una folgore, portando a compimento il suo destino di fuoco. A differenza di Chirone, che sceglie la morte

come unica soluzione di guarigione dalla propria condizione di inguaribilità, Esculapio si connota in termini più moderni, esprimendo l'aspirazione e l'ambizione a sfidare la morte e peccando, perciò, di presunzione. Ma nemmeno ad un dio è dato di sovvertire le leggi della natura, per questo Esculapio subirà l'ira delle divinità che lo puniranno, togliendogli l'immortalità.

Entrambe le divinità mediche sono, dunque, accomunate dal medesimo destino, quello di perdere la propria immortalità, un destino scelto nel primo caso, subito nel secondo, ma, in entrambi i miti, l'immortalità viene scambiata con la possibilità di guarire. Oggi si è perduto il senso di questa ambivalenza, *dell'ammalato guaritore e del guaritore ammalato*. Solo alla luce di tale ambivalenza è possibile recuperare l'unitarietà del processo di cura, dove sia il medico che il paziente sono coinvolti, il primo come guaritore ammalato della finitudine umana, il secondo come ammalato guaritore. Il guaritore ferito è in grado di guarire perché può scambiare con la guarigione altrui la propria ferita inguaribile, ripristinando l'ordine cosmologico. La cura si innesta in questa concezione ciclica dell'esistenza, dove la morte e la nascita rappresentano solo dei passaggi, ben lontana dalla linearità del pensiero moderno, dove configurano un inizio e una fine.

In entrambi i miti è presente anche un richiamo alla globalità della cura, la quale non può avvalersi solo dell'abilità guaritrice delle mani, ma presuppone anche una capacità mantica del guaritore, che è sempre profeta e indovino, in grado di comprendere i segni della malattia. Dove il segno non rimanda alla causa eziologica della malattia, come nella medicina moderna, quanto piuttosto rinvia ad altri segni, a ricomporre l'ordine simbolico della realtà. In tal senso il mondo è visto come governato da un ordine sovra-individuale che si rivela all'uomo nella malattia e che l'uomo, attraverso la medicina, è in grado di leggere e a cui può conferire un senso. Questa funzione della cura di attribuzione di senso alla condizione umana è andata, però, completamente perduta; della duplice natura di Chirone e di Esculapio, quella di guaritore e di indovino, solo la prima è stata tramandata ai medici moderni. Della seconda è rimasta un'eco etimologica, laddove l'incubazione delle malattie rimanda alla pratica dell'*incubare*, ossia del dormire in un tempio di Esculapio, per avere un sogno dalla cui interpretazione ottenere la guarigione. Dunque, durante il periodo dell'incubazione della malattia, quando i segni clinici della stessa non sono ancora comparsi, riecheggia ancora la possibilità di curare attraverso il ricorso alla dimensione dell'inconscio, del sacro e del simbolico.

Riferimenti bibliografici

- Balint M., 1988, *Medico, paziente e Malattia*, Feltrinelli, Milano.
- Basaglia F.O., 1982, *Salute/Malattia*, Einaudi, Torino.
- Baudrillard J., 2002, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano.
- Cartesio R., 1986, *Opere filosofiche*, Laterza, Bari.
- Cavicchi I., 1998, *L'uomo inguaribile*, Editori Riuniti, Roma.
- Cavicchi I., 1999, *Il rimedio e la cura*, Editori Riuniti, Roma.
- Donati P. (a cura di), 1983, *La sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- Foucault M., 1969, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino.
- Galimberti U., 2003a, *Il Corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U., 2003b, *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
- Guarnieri P., *Introduzione*, «Medicina & Storia», n. 7, 2004, p. 7-13.
- Herzlich C., Adam P., 1999, *Sociologia della malattia*, Franco Angeli, Milano.
- Ingrosso M., 1994a, *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Ingrosso M., 1994b, *Ecologia sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.
- La Torre M.A., 1999, *Il modello della cura in bioetica*, in *Le nuove dimensioni della relazione terapeutica*, Macro, Cesena.
- Laplantine F., 1988, *Antropologia della malattia*, Sansoni, Firenze.
- Marsicano S., 2000, *La fabbrica dei sogni*, Franco Angeli, Milano.
- Shorter E., 1986, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Feltrinelli, Milano.
- Stein E., 1985, *L'empatia*, Franco Angeli, Milano.
- Tatarelli R., De Pisa E., Girardi P., 1998, *Curare con il paziente*, Franco Angeli, Milano.

Ssn. Fra ricerca della qualità e razionalizzazione della spesa

Carla Collicelli, Margherita Gentile, Patrizia Masiero

RPS

Il contesto nel quale la questione della qualità dei servizi sanitari si colloca è un contesto mobile e turbolento, caratterizzato da un processo di aziendalizzazione lungo e complesso e dal più recente e incisivo trasferimento delle responsabilità dal centro alla periferia nell'ambito della devolution sanitaria. Ma osservando trasversalmente il sistema sanitario ci si rende conto come in anni più recenti si sia verificato

un significativo trasferimento dell'impegno istituzionale da obiettivi tipicamente aziendalistici, a obiettivi più strettamente e direttamente legati alla pratica clinica e al governo della qualità. La qualità ha però dei suoi costi ed è quindi anche necessario interrogarsi sul rapporto tra ricerca della qualità e razionalizzazione della spesa, esigenza inderogabile delle politiche di bilancio delle aziende sanitarie e degli enti locali.

1. Qualità e clinical governance

Il contesto nel quale la questione della qualità dei servizi sanitari si colloca attualmente è un contesto mobile e turbolento, caratterizzato dal procedere di un processo di aziendalizzazione lungo e complesso e dal più recente e incisivo trasferimento delle responsabilità dal centro alla periferia nell'ambito della *devolution* sanitaria.

Certamente un simile contesto induce nel sistema ansietà e incertezza, sia a livello sociale che tra gli operatori e amministratori del settore, e ciò comporta il rischio di una involuzione operativa e di responsabilità.

La spinta alla progressiva centralizzazione di numerose funzioni a livello degli Assessorati regionali alla Sanità, a seguito della devoluzione, ha d'altra parte provocato un rischio di neocentralismo burocratico in capo alle Regioni. 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.

I livelli di conflittualità tra centro e Regioni e tra Regioni e aziende

sanitarie e ospedaliere sono in molti casi cresciuti, e contemporaneamente si è verificato uno slittamento delle funzioni di *input* strategico 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 e centri di ricerca, all'Istituto superiore di sanità, con un effetto di pluralizzazione funzionale.

Purtuttavia il rimescolamento delle responsabilità ha prodotto, da un lato, un risveglio dal torpore per livelli istituzionali precedentemente poco sensibili e «annicchiati» sotto l'ombrello della normativa nazionale (ad esempio alcune Regioni meridionali). Dall'altro lato, i cambiamenti hanno prodotto, almeno in parte, un ripensamento e una riorganizzazione di funzioni precedentemente poco chiare o indefinite: è il caso della tutela della salute come attuazione del dettato costituzionale, ed è il caso della attenzione alla qualità.

La *devolution* ha dunque attivato, o in qualche caso accelerato, alcuni processi di responsabilizzazione rispetto ai risultati dell'azione amministrativa e alle metodologie di verifica, dando vita ad una nuova stagione di sviluppo delle pratiche di implementazione della qualità dei servizi.

In particolare, guardando al sistema nel suo complesso, trasversalmente e con riferimento ai contenuti e alle finalità della valutazione, 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, ad obiettivi più strettamente e direttamente legati alla pratica clinica e al governo della qualità.

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 della qualità dei servizi, si intende «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).

Attorno alla *clinical governance* sono cresciute negli ultimi anni le esperienze più significative di promozione della qualità e si sono avviati importanti programmi di revisione organizzativa, di formazione degli operatori e di valutazione di impatto.

Sulla *clinical governance* è centrato anche il contenuto del recente d.d.l. del 3 giugno 2004, «Principi fondamentali in materia di Servizio sani-

tario nazionale», che punta a riportare al centro delle scelte di governo delle aziende sanitarie gli obiettivi clinici, riservando a quelli economici e finanziari una posizione secondaria e di servizio. Un simile riequilibrio passa, secondo l'impostazione del d.d.l., per la rivalutazione del ruolo degli operatori sanitari, e in particolare dei medici dirigenti, nelle scelte strategiche della sanità, nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, nella valutazione dell'operato degli alti dirigenti.

Ciò significa maggiore attenzione alla dimensione dell'esito dell'attività svolta e rivalutazione degli aspetti settoriali e delle competenze specifiche dell'intervento clinico, rispetto agli aspetti generali e alle competenze amministrative e finanziarie.

Se quelli fin qui indicati sono i *macrotrends* che caratterizzano l'evoluzione del settore sanitario, e al suo interno quella della qualità, da una analisi più di dettaglio della operatività nel Servizio sanitario nazionale emerge uno scarto considerevole tra tendenze di ampio respiro e realizzazioni. In particolare la trasposizione in norma del passaggio dalla aziendalizzazione alla *clinical governance* è decisamente lenta e arretrata. Ad un Piano sanitario nazionale fortemente centrato sui nuovi obiettivi strategici, corrispondono per lo più norme regionali meno ambiziose e più centrate sulla definizione dell'iter amministrativo-burocratico di accreditamento delle strutture e di rendicontazione delle spese e delle prestazioni erogate.

Non mancano esperienze locali, sia regionali che aziendali o di territorio, di tutto rispetto, nel perseguimento degli obiettivi di *clinical governance* e di valutazione degli esiti, ma queste si collocano in un ambito ancora di frontiera e di sperimentazione. Così le decine di progetti di sperimentazione gestionale, condotti nell'ambito del Programma ministeriale di ricerca finalizzata (ai sensi dell'art. 12 del d.l. n. 502/1992), hanno dato prova di saper produrre una lunga serie di esperienze particolarmente avanzate di produzione di strumenti gestionali e valutativi, in singole Regioni o in collaborazione tra più Regioni. Ancora relativamente molto poco di quanto fatto in questo ambito è diventato routine e pratica corrente delle istituzioni sanitarie, eccezione fatta per le numerose, quanto eterogenee e isolate, indagini di *customer satisfaction*.

Un contributo più sostanzioso all'avanzamento di una cultura specifica della qualità e dei suoi esiti è stato dato nel corso degli ultimi anni dall'Istituto superiore di sanità (Iss), dal Cergas-Bocconi e dall'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, quindi da parte di organismi esterni all'apparato sanitario vero e proprio, e portati ad intervenire nel settore in termini consulenziali e propositivi rispetto a processi che do-

vrebbero con il tempo diventare strutturali, diffusi e di routine. Il ritardo normativo e la scarsa diffusione di politiche della qualità più avanzate si riversano nella arretratezza delle banche dati di riferimento e degli apparati di monitoraggio. Siamo ancora lontani in Italia dall'aver messo mano alla strumentazione di un sistema di indicatori completo, che comprenda cioè dati significativi di contesto, *input*, processo, *output* e *outcome*. Indicatori definiti e descritti in numerosi documenti di programmazione nazionale e regionale (a partire dal decreto del 12/12/2001), ma a tutt'oggi lacunosi e incerti.

Anche il problema della qualità dei dati, della attendibilità delle fonti esistenti e soprattutto della loro compatibilità è problema ancora aperto. Dopo molti anni di una gestione degli indicatori sanitari decisamente deficitaria, con la supplenza parziale da parte dell'Istat, dell'Iss, e di alcuni organismi internazionali (ad esempio il Sistema *Health for All*), il recente progetto del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), varato nell'accordo di Cernobbio dell'aprile 2004, cerca ora di porre rimedio alla debolezza strutturale dell'informazione sul funzionamento del sistema attraverso il lavoro di 15 tavoli interistituzionali, incaricati di mettere ordine nei temi chiave dell'attività sanitaria in maniera sistematica ed esaustiva (dagli ospedali, ai Drg, alla classificazione delle strutture, alle prestazioni farmaceutiche, ecc.).

Se la pratica istituzionale è ancora rivolta in larga misura a colmare le lacune di un processo ancora primordiale e supportato in maniera sostanziale dalla supplenza di organismi esterni al sistema, il dibattito sulle sfide del Servizio sanitario nazionale e sui loro risvolti in termini di qualità ha prodotto recentemente riflessioni di grande interesse.

Nel quadro dei mutamenti dei moderni *welfare-state* e sistemi sanitari, si è potuto constatare il progressivo allargamento dello scenario settoriale fino a comprendere una platea molto vasta di soggetti, dagli utenti finali, alle loro famiglie, ai soggetti del terzo settore, ai referenti di settori collaterali ma collegati, come la comunicazione, la produzione industriale, i servizi per il tempo libero e il benessere, il mondo del lavoro, la scuola, ecc. Il passaggio da un tradizionale *welfare-state* alle più moderne *welfare-society* e *welfare community* comporta di fatto modifiche sostanziose anche nell'ambito della gestione dei servizi, e ancor più in quella della promozione della qualità. Concetti nuovi, quindi, come la produzione di sistemi di misurazione delle *performances* di facile comprensibilità per tutti (*rating, benchmarking*), o il coinvolgimento di tutti i soggetti in qualche modo interessati al campo della salute (dal *cause-related marketing* alla concertazione interistituzionale, alla valuta-

zione di sistema), o ancora l'area della comunicazione istituzionale e del *marketing sanitario*, stanno entrando nel dibattito e nella cultura di settore, provocando un ampliamento dei confini di riferimento e delle soggettualità coinvolte.

Questo aspetto si sposa con la necessaria consapevolezza della importanza del fattore umano nella gestione dei servizi ma anche nella loro valutazione. Ad un confronto serrato con il mondo esterno, infatti, molte pratiche burocratiche, anche le più avanzate, appaiono inadeguate, perché distanti da una logica di merito e di considerazione adeguata del contesto.

2. *Verso sistemi sanitari di alta qualità*

È importante ricordare che è stato nel novembre 2001, con la conferenza di Ottawa, che è nato il progetto «*The Oecd Health Project: Towards High Performing Health Systems*». Pianificato e voluto dall'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica (Ocse), il progetto si è protratto per tre anni e si è tradotto in un rapporto per le autorità sanitarie e i soggetti regolatori, con numerosi riferimenti ad obiettivi considerati primari e comuni a tutti: un sistema sanitario di alta qualità ma accessibile e capace di rispondere alle esigenze di salute espresse dai cittadini.

È dunque anche una sfida di carattere internazionale quella che si trovano ad affrontare i governi dei paesi più avanzati in tema di qualità dei sistemi sanitari, una qualità da incrementare senza oneri eccessivi per la spesa pubblica. L'introduzione, infatti, di pratiche di gestione della professione medica, basate su una competizione in termini di qualità e di metodi di osservazione e monitoraggio dell'offerta sanitaria, offre spazi di miglioramento, ma comporta spesso oneri gravosi, anche per l'utilizzo delle tecnologie, a partire da quelle per l'informazione e la comunicazione, per il controllo incrociato dei dati, il monitoraggio delle prestazioni e dei risultati e la gestione dei sistemi di offerta sanitaria.

Le conclusioni del rapporto Ocse indicano come priorità la necessità di lavorare di più sulla prevenzione e sul miglioramento della qualità dei servizi offerti, puntando su politiche di prevenzione che raggiungano un numero più elevato di cittadini, ma anche coordinando le politiche sanitarie con gli altri soggetti istituzionali, pubblici e privati, la cui azione e il cui contributo sociale possono incidere fortemente sullo stato di salute della popolazione.

Il documento contiene anche dati relativi a molti paesi che hanno iniziato a monitorare le proprie politiche sanitarie utilizzando *indicatori di qualità*, evidenziando così possibili strade e metodologie di miglioramento attraverso lo sviluppo di strumenti condivisi come le linee guida, i livelli essenziali di assistenza e i vari standard clinici e diagnostici.

3. *Le dimensioni della qualità*

Da un punto di vista tecnico, la qualità in ambito sanitario può essere definita come il raggiungimento del livello più elevato di salute, compatibilmente con le risorse di cui si dispone, e in relazione alle aspettative dell'utenza. Rappresenta dunque un concetto sintetico, che rimanda alle caratteristiche dei servizi e delle prestazioni – sia tecniche, che cliniche, che economiche, che psicologiche – nella loro relazione con i fattori di contesto, le attese dei soggetti e le potenzialità della medicina. Si fonda principalmente su due elementi: l'*efficienza* e l'*efficacia*, ma li trascende, comprendendo anche altre variabili, come la competenza, l'accettabilità, l'accessibilità e l'appropriatezza. Rappresenta inoltre uno dei fattori costitutivi e fondanti del *diritto alla salute*, così come sancito dalla Costituzione italiana, e prevede l'assicurazione dei Livelli essenziali di assistenza individuati e concordati.

Nel campo medico e dell'assistenza sanitaria, la qualità è normalmente intesa nel senso di *qualità clinica*, che si riflette nelle prestazioni sanitarie erogate e nei risultati di cura ottenuti ma, ultimamente, particolare attenzione, anche in ambito normativo, è stata posta sull'implicita distinzione tra qualità dell'attività medica e qualità della gestione manageriale delle strutture e dei servizi sanitari.

Infine, la qualità è una variabile multidimensionale in costante variazione. Essa è il prodotto di un processo continuo di identificazione di eventi critici e occasioni di risoluzione dei problemi; un processo la cui efficacia richiede modifiche comportamentali, sia individuali che collettive, che coinvolgono tutti i diversi livelli del sistema salute.

I costituenti minimi della «variabile qualità» possono infatti essere rappresentati da tre elementi:

- ♦ la qualità percepita da parte dei beneficiari dell'atto professionale, o *qualità soggettiva*;
- ♦ la qualità tecnica dell'atto professionale, o *qualità oggettiva*;
- ♦ il processo gestionale o *qualità organizzativa*.

4. *L'esperienza italiana: un lungo percorso verso la qualità*

In Italia il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha subito negli ultimi anni un'importante rivoluzione, in parte ancora in divenire, e la progressiva affermazione dell'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto una legittimazione anche a livello normativo con il d.l. n. 502 del 30 dicembre 1992.

In tale decreto, infatti, agli articoli 10 e 14, si prevedono «la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria», e si formalizzano, dunque, per la prima volta, nuove regole per la gestione del sistema, equiparando le strutture sanitarie pubbliche a quelle private e introducendo il concetto di qualità dell'assistenza sanitaria nel pieno rispetto dei bisogni e delle esigenze dei cittadini.

La pianificazione e la valutazione della qualità delle cure rappresentano quindi una delle novità più importanti del contesto sanitario italiano negli ultimi anni, in risposta ad un'esigenza culturale e sociale della modernità, e come presupposto di una corretta gestione della sanità nella logica innovativa introdotta dal processo di riordino del Servizio sanitario.

Il decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992 e i successivi provvedimenti legislativi, però, hanno basato il processo di riorganizzazione per il miglioramento della qualità assistenziale e gestionale sul raggiungimento di maggiore *efficienza* ed *efficacia*, come fattori centrali. Il decreto legislativo n. 502, modificato e integrato dal decreto legislativo n. 517 del 7/12/1993, ribadisce in tal senso il ruolo essenziale dello Stato come titolare del dovere giuridico ed etico di assicurare a tutti i cittadini l'effettivo godimento del diritto alla salute, ma trasforma radicalmente il contesto organizzativo del Servizio sanitario nazionale, introducendo il *principio di aziendalizzazione* in relazione all'esigenza di coniugare una migliore risposta alle aspettative crescenti proprio in termini di qualità, con una tendenziale insufficienza delle risorse disponibili per il sistema.

I cardini di tale nuovo assetto sono, pertanto:

- ♦ la regionalizzazione del sistema, che attribuisce alle Regioni e Province autonome l'effettiva responsabilità della programmazione e organizzazione delle risorse;
- ♦ la separazione tra organi con funzioni specifiche di indirizzo e controllo politico-istituzionale (le Aziende sanitarie e ospedaliere), cui spetta la responsabilità, nell'ambito della programmazione re-

gionale, di operare secondo i principi di efficacia, efficienza, economicità, e autonomia, per offrire servizi sanitari adeguati alle esigenze della popolazione di riferimento.

I primi anni di attuazione dei principi contenuti nella riforma del '92/93 hanno consentito pertanto il raggiungimento di risultati positivi in termini di utilizzo e redistribuzione delle risorse, che non sono tuttavia sempre stati accompagnati da una reale maggiore efficienza e soprattutto da una migliore efficacia e qualità della risposta sanitaria. Ciò è attribuibile anche alle forti differenziazioni regionali, istituzionali, organizzative e finanziarie che caratterizzano da sempre il sistema sanitario italiano nelle sue dimensioni locali.

Gli obiettivi della riforma sono stati poi ulteriormente rafforzati dal d.p.r. del 14 gennaio 1997, che ha introdotto la procedura dell'accreditamento per le strutture sanitarie, prevedendo che in tutti i presidi ospedalieri venissero attivati sistemi di valutazione e miglioramento delle attività sanitarie.

Il decreto legislativo n. 229/99 ribadisce la necessità di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria e propone di adottare il metodo della verifica e della revisione della qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

La reazione più diffusa da parte degli stessi responsabili e operatori della sanità al processo di riforma che si è svolto nel corso degli anni '90 è stata improntata ad un certo scetticismo in merito alla possibilità di applicare effettivamente le metodiche introdotte alla prassi terapeutica e assistenziale quotidiana, contraddistinta da un'inerzia non facilmente superabile, che tende a frenare la trasformazione dei modelli routinari di lavoro.

La qualità è stata, quindi, introdotta ufficialmente nel nostro sistema sanitario nel corso degli anni '90, ma non senza approssimazioni e persistenti zone d'ombra.

Le indicazioni normative risultano ancora troppo generiche e tutt'oggi *in fieri*, mentre le scuole di pensiero e i metodi di approccio alla qualità sono invece molteplici e talvolta contrastanti: dalla certificazione Iso 9000, all'accreditamento di «eccellenza» statunitense (Jcaho), inglese (Cpa) o olandese (Cckl); dalla «verifica e revisione della qualità» (Vrq) al «miglioramento continuo di qualità» (Mcq), all'«analisi partecipata della qualità» (Apq); dal *Total quality management* (Tqm), al modello europeo di Qualità totale, sostenuto dall'*European foundation for quality management* (Efqm).

5. Indicatori e standard di qualità: il processo di accreditamento e di certificazione

Un passo avanti fondamentale si è avuto con il decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995: «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale», che adotta un insieme di indicatori come strumenti sistematici per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio, dalla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione del paziente al livello delle prestazioni alberghiere.

In questo ambito gli *indicatori di struttura* qualificano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, gli indicatori di *processo* sono uno strumento di autovalutazione di efficienza e gli indicatori di *risultato* sono lo strumento di autovalutazione dell'efficacia.

Lo *standard di qualità*, invece, è il valore atteso per un certo indicatore, in sostanza un indicatore dotato di un valore soglia, con riferimento al quale una determinata situazione si può ritenere adeguata, in altri termini qualitativamente valida. Gli standard possono essere qualitativi e quantitativi. Nel processo di accreditamento delle strutture sanitarie e ospedaliere, il principale problema è proprio quello della individuazione degli standard e dei soggetti che devono provvedere a stabilirli.

Per *accreditamento* si intende, invece, la certificazione svolta da un particolare organismo preposto, nei confronti di una azienda, che possiede determinati requisiti strutturali e organizzativi, e, nello stesso tempo, lo strumento di autorizzazione che consente ad una struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata, di svolgere una determinata attività e di essere compensata per questo.

Anche l'accreditamento è stato introdotto in Italia con il d.l. n. 502/92, modificato dal d.l. n. 517/93, dove all'art. 8 comma 7 si prevede, infatti, che: «le Regioni e le Usl, per quanto di propria competenza, adottino i provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sulla adozione del sistema di verifica e revisione di qualità delle prestazioni erogate».

L'accreditamento diventa, così, per la normativa italiana, uno strumento di certificazione e di autorizzazione all'espletamento delle attività sanitarie e alla possibilità di accedere ai finanziamenti pubblici, valido sia per le strutture pubbliche che per quelle private, aventi determinati requisiti. Tale processo è quindi strumentale nel riconoscere se una istituzione corrisponde a standard pre-definiti, che possono riguardare

la struttura sanitaria, il processo di diagnosi e cura e il risultato ottenuto. Gli obiettivi del processo d'accreditamento sono pertanto i seguenti:

- ♦ che esso crei l'ambiente giusto per la pratica clinica;
- ♦ che si possa usare come strumento di monitoraggio per la sicurezza e per un efficace funzionamento dell'organizzazione ospedaliera;
- ♦ che gli esiti del sistema di accreditamento possano essere utilizzati per informare il pubblico e chi usufruisce dei servizi sullo stato di accreditamento del loro ospedale o servizio sanitario locale, e per assicurare che siano prese tutte le necessarie precauzioni;
- ♦ che la condizione della struttura possa essere classificata, in modo da poter fornire al pubblico informazioni utili rispetto agli altri soggetti erogatori.

Fino al 1996 l'accreditamento è stato automaticamente riconosciuto alle strutture pubbliche o private con un precedente rapporto di convenzione con il Ssn. Con la pubblicazione del d.p.r. del 14 gennaio 1997, che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi, le strutture di nuova istituzione, così pure quelle che attuano ampliamenti o modifiche, sono state invitate da subito ad attenersi ai requisiti specificati. Tutte le altre strutture hanno dovuto adeguarsi entro un massimo di cinque anni, sia che erogino prestazioni in regime di ricovero, a ciclo continuativo e/o diurno, o che siano strutture in regime ambulatoriale, o che erogino prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, o operino in regime residenziale.

Con il d.p.r. 14/01/1997 sono state fissate pertanto due tappe fondamentali nel processo di riordino del Ssn:

- ♦ l'autorizzazione obbligatoria che implica il possesso dei requisiti minimi;
- ♦ l'accreditamento volontario, che riconosce i fornitori, cioè coloro che possono erogare prestazioni per conto del Ssn, e che implica il possesso di requisiti ulteriori, definiti dalle Regioni.

Ancora oggi, d'altra parte, solo alcune Regioni hanno approvato i requisiti minimi per l'accreditamento e, tra queste, molte si sono ispirate ai modelli specificati nella normativa Iso 9000 per stabilire i livelli di qualità da realizzare in ambito sanitario.

6. *Le norme Iso 9000*

Un contributo importante allo sviluppo della qualità in sanità è stato dato dalla applicazione delle Iso 9000 (*International standards for organi-*

zations), norme di validità mondiale che specificano i requisiti minimi di qualità di un sistema utilizzabile da strutture di vario ordine e tipo, nel fornire prodotti conformi alle specifiche contrattuali precedentemente individuate.

Secondo la definizione generale delle norme Iso, la qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio, che conferisce allo stesso la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruitori.

Le Iso 9000 sono quindi norme di applicazione generale, che possono essere adattate a tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme. I sistemi di qualità ispirati alle norme Iso 9000 sono molto diffusi nelle aziende di produzione dei beni.

I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una garanzia per il cliente, attraverso un controllo non sul risultato, ma piuttosto sul rispetto di procedure predefinite: un controllo cioè, sui *processi*, atto a ridurre drasticamente i rischi di *non conformità*. Le norme Iso hanno pertanto il pregio di consentire una definizione precisa dei ruoli degli operatori e delle relative modalità di comunicazione e integrazione delle conoscenze applicate nel processo, contribuendo così a ridurre i costi della «non qualità» e migliorando, auspicabilmente, il servizio reso. Altra caratteristica importante delle norme Iso 9000 riguarda la possibilità di integrazione con altri sistemi, quale ad esempio il Mcq (Miglioramento continuo di qualità). In questo senso il sistema di qualità ispirato alle Iso 9000 può essere considerato una prima importante tappa di avvicinamento al più complesso sistema della Qualità Totale. Tuttavia, la costruzione di un sistema di qualità ispirato alle norme Iso 9000 richiede un periodo di addestramento lungo, anche in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura, in quanto il sistema descrive le procedure adottate e ne verifica l'applicazione e la certificazione finale, data proprio dal riconoscimento ufficiale, operato da un ente terzo, di ciò che è stato codificato.

7. La qualità percepita

Non va dimenticato che l'obiettivo dell'incremento della qualità si è posto anche come risposta alla crisi di fiducia del sistema sanitario da

parte della società, un sistema che, attraverso l'impatto dei principi dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità a causa delle strettoie finanziarie e dei problemi gestionali e strategici, ha rischiato e rischia di perdere di vista la centralità del diritto costituzionale dei cittadini alla salute, cittadini che non solo ricorrono al sistema ma che del sistema stesso sono componente partecipativa essenziale.

A tale riguardo si può ricordare che l'Italia, tra i paesi europei, è quello che registra i più alti valori di insoddisfazione nei confronti del proprio sistema sanitario: ben il 33,1% degli italiani ritiene che il sistema debba essere completamente ricostruito e quasi il 44% che esso necessiti di cambiamenti fondamentali (tabella 1).

Tabella 1 - Pareri dell'opinione pubblica sui sistemi sanitari in cinque paesi europei (val. %)

Paesi	Va ricostruito completamente	Necessità di cambiamenti fondamentali	Necessità di piccoli cambiamenti	Nell'insieme funziona abbastanza bene
Francia	5,0	24,6	40,9	25,6
Germania	2,2	16,7	38,5	36,9
Italia	33,1	43,8	15,1	3,4
Regno Unito	14,0	42,0	27,4	14,6
Spagna	13,5	34,0	30,4	28,5

Fonte: Commissione europea, 2000, *Citizen and Health System: Main Result from an Eurobarometer Survey*.

Il nodo centrale da questo punto di vista, sembra ruotare intorno alla concezione riduzionista che ha accompagnato in questi anni l'applicazione del d.l. 502/92, attraverso il quale si sono individuati, almeno in parte, nuovi profili organizzativi, ai quali però non è stata affiancata un'attenta riflessione su quelli che sono o dovrebbero essere i valori che accompagnano il nuovo profilo organizzativo.

I principi dell'economia applicati alla medicina e alla organizzazione sanitaria tendono, infatti, a banalizzare il lavoro che nasce dall'incontro tra domanda e offerta, da cui l'esigenza di affiancare ai nuovi parametri tecnici della salute la costruzione di nuove identità all'interno del sistema.

La stessa assunzione, da parte dei cittadini, di una responsabilità diretta nella gestione e nella tutela del proprio benessere fisico reclama un ruolo nuovo degli operatori nel promuovere l'umanizzazione degli interventi e del rapporto degli utenti con il sistema sanitario. Il ruolo

degli operatori diventa quindi di fondamentale importanza per cercare di costruire i nuovi contenuti della salute, e in un'ottica aziendale l'operatore costituisce il fondamento della struttura organizzativa. Solo il suo pieno coinvolgimento consente di sfruttarne le capacità all'interno dell'azienda, e ciò che nelle più comuni aziende costituisce un'attenta operazione di marketing interno, nel campo della salute si realizza solo attraverso *la formazione, l'addestramento e la qualificazione* continua del personale e attraverso *l'attribuzione di chiare responsabilità e livelli di competenza*.

Ciò significa sul piano operativo che, per raggiungere elevati standard qualitativi, è necessario veicolare gli strumenti e i metodi della *Total Quality*, ponendosi l'obiettivo di *sensibilizzare* (far capire i vantaggi che derivano all'azienda da una corretta gestione della qualità), *formare* (far acquisire le necessarie conoscenze sulle metodologie di gestione della qualità), *motivare* (creare delle identità all'interno dell'organizzazione per far applicare strumenti e metodi nel modo corretto).

È necessario inserire tali metodologie in un ambiente organizzativo, che per poterle comprendere correttamente deve essere *ricreato*, per modificare il modo con cui le persone si avvicinano al loro lavoro e, quindi, combattere l'inerzia al cambiamento che caratterizza questo come altri settori.

Ciò significa introdurre nell'organizzazione sanitaria una nuova cultura organizzativa, capace di realizzare un processo reticolare che valorizzi sia le potenzialità interne, in termini di condivisione da parte di tutti gli operatori degli obiettivi aziendali, sia la disponibilità a condividere tali potenzialità con i cittadini, attraverso un'efficace comunicazione.

Una nuova cultura della qualità, dunque, sulla quale basare una reale riforma dei contenuti della salute, e che insegna a vedere gli operatori della sanità come fulcri di un sistema sui quali è necessario agire per permettere agli utenti della sanità di vedere garantito il diritto ad una salute di qualità.

8. La qualità come prodotto di processi sinergici di gestione e organizzazione

Una strategia per la qualità, dunque, implica come condizione prioritaria un'adeguata strategia di formazione del personale, perché l'organizzazione interiorizzi l'attitudine all'innovazione e ai processi di miglioramento. L'orientamento a migliorare i processi produttivi, sem-

pre nell'ottica del soddisfacimento del cittadino-cliente, può infatti portare in molti casi a migliorare la qualità senza costi aggiuntivi o addirittura con minori costi, intervenendo sull'organizzazione.

Tuttavia, nel momento in cui si affrontano problemi che implicano l'adeguamento delle tecnologie e/o delle strutture fisiche occorrono anche investimenti economici. Il processo di adeguamento alle esigenze e aspettative dei cittadini deve essere pertanto sostenuto da politiche di investimento adeguate e occorrono scelte di priorità che possano dare i maggiori ritorni in termini di risultati in salute.

Si rende quindi necessario impostare anche una politica di bilancio, tanto delle aziende sanitarie e ospedaliere quanto degli enti locali, che possa costituire elemento funzionale per realizzare nuovi progetti e nuovi percorsi in ambito di salute, e è auspicabile che tutti i soggetti erogatori, regolatori e istituzionali siano orientati al cambiamento e al miglioramento continuo dei servizi.

La qualità ha dunque i suoi costi ed è quindi necessario chiedersi che rapporto intercorra, nella pratica quotidiana degli operatori e dei fruitori dei servizi sanitari, tra la ricerca della qualità e la razionalizzazione della spesa, che permea le politiche di bilancio delle aziende sanitarie e degli enti locali. Riuscire a focalizzare, infatti, l'attenzione delle istituzioni sul vero obiettivo, che è il servizio da erogare al cittadino, in tutte le sue dimensioni qualitative e quantitative, e fare poi scelte di bilancio conseguenti, è dunque la sfida più importante al momento.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 2002, *Le parole della nuova sanità. Dizionario per gli operatori del sistema sanitario*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Baraghini G., Capelli M., 1997, *Il sistema qualità Iso 9000 in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C., 1998, *Benessere e tutela, Vincoli economici, derive culturali e nodi politici*, Collana diretta da P. Donati, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C., 2000, *Nuovi pazienti e biotecnologie. Paradigmi innovativi del sistema della salute*, Forum per la Ricerca Biomedica, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C., 2001, *Cultura scientifica e informazione. Ricerca, Comunicazione e regolazione dei consumi per il benessere e la salute*, Forum per la Ricerca Biomedica, Franco Angeli, Milano.

- Collicelli C., 2002, *Le garanzie per la salute tra globalizzazione e localismo. Qualità, equità e reti nei processi di decentramento del sistema sanitario*, Forum per la Ricerca Biomedica, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C., 2003, *Sanità e salute scenari di autoregolazione*, Forum per la Ricerca Biomedica, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C. (a cura di), 2004, *Le transizioni sommerse degli anni '90*, ed. Rubbettino, Soneria Mannelli.
- Collicelli C., 2004, *Ricerca biofarmaceutica. Risorse, soggetti e valori*, Forum per la Ricerca Biomedica, Franco Angeli, Milano.
- Donabedian A., 1990, *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*, Nis, Firenze.
- Di Stanislao F., Liva C., 1998, *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Roma.
- Focarile F., 1998, *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, Roma.
- Galgano A., 1992, *La Qualità Totale*, Ed. Il Sole 24 Ore, Milano.
- Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations, 1999, *La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità*, Centro Scientifico Editore, Roma.
- Loiudice M., 1998, *La gestione del cambiamento in sanità*, Centro Scientifico Editore, Roma.
- Morosini P.L., Perrero F., 1999, *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Roma.
- Ranci Ortigosa E., 2000, *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- The Oecd Health Project, 2004, *Towards High-Performing Health Systems*, Oecd Publications.

Universalismo e sviluppo tecnologico: i casi della Germania, del Regno Unito e degli Usa

Giovanni Fattore

RPS

Il lavoro presenta l'evoluzione storica e le caratteristiche del sistema sanitario della Germania, del Regno Unito e degli Stati Uniti. Segue poi una parte in cui viene proposta una chiave di lettura economica per interpretare le differenze tra i tre paesi. Sebbene con modelli diversi, Germania e Regno Unito riescono a garantire l'universalità dell'accesso alle prestazioni sanitarie. Negli Stati Uniti, invece, il ruolo residuale del finanziamento pubblico non riesce a supplire alle

deficienze del settore privato, lasciando quasi un terzo della popolazione senza assicurazione o con una copertura assicurativa insufficiente. L'elevata spesa sanitaria degli Stati Uniti, alimentando la diffusione di nuove tecnologie e nuovi approcci terapeutici sempre più costosi, può mettere in difficoltà i sistemi universalisti. Il mantenimento degli attuali assetti dei sistemi sanitari in Europa richiede, tra l'altro, la capacità di governare la diffusione delle nuove tecnologie.

1. Introduzione

Analizzati a livello dei processi produttivi di assistenza, i sistemi sanitari dei paesi più sviluppati si presentano in maniera simile. Le conoscenze in medicina, i farmaci, le tecnologie sanitarie, tendono a migrare e diffondersi tra i paesi, almeno quelli più ricchi, e a uniformare le modalità assistenziali. Lo sviluppo degli attuali sistemi sanitari deve quindi anche essere letto in relazione ai progressi sulle conoscenze relative alla salute umana, che hanno permesso di sviluppare beni e servizi atti a prevenire le malattie, a classificarle, a diagnosticarle e, in parte, a curarle o comunque a far sì di limitarne le conseguenze sulla mortalità e la qualità della vita. Partendo da una prospettiva «tecnologica» si può leggere lo sviluppo dei sistemi sanitari come la creazione di contesti adeguati per la produzione di servizi sanitari in termini di modalità di finanziamento, di sviluppo di adeguati assetti tecnico-organizzativi, di creazione di strutture istituzionali in grado di mettere a servizio delle comunità le nuove opportunità di tutela della salute. Lo

sviluppo tecnologico, lungi da determinare in modo meccanico quello dei sistemi sanitari, e a sua volta risultante dall'ambiente socio-economico, deve tuttavia essere pienamente riconosciuto come una delle variabili fondamentali per comprenderne le traiettorie di sviluppo storico dei sistemi sanitari. L'affermazione nel Novecento dell'*ospedale* come cuore tecnologico dei processi diagnostico-curativi, la specializzazione delle conoscenze e la conseguente divisione del lavoro delle professioni mediche, come lo sviluppo dell'industria farmaceutica ed elettro-medicale, sono elementi comuni ai sistemi sanitari, che solo in parte possono essere considerati controllabili a livello nazionale. Ritengo opportuno questo richiamo prima di entrare nel merito delle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari nazionali, per sottolineare come essi siano istituzioni sociali fortemente condizionate dalle traiettorie di sviluppo delle conoscenze, dei saperi e, per diversi aspetti, dei paradigmi scientifici dominanti.

La disponibilità di nuove conoscenze atte a rispondere ad un bisogno primario, universale e inesauribile come è la salute, ha determinato la necessità, anche questa comune ai diversi contesti nazionali, di trovare adeguate risposte in termini di assetti istituzionali e organizzativi. È in questo passaggio che deve essere rintracciata l'originalità dei percorsi seguiti dai diversi paesi. Di fronte a comuni bisogni di salute e alla comune disponibilità di nuove conoscenze, i paesi hanno seguito specifici percorsi, delineando specifici assetti delle modalità di finanziamento, organizzazione e governo dei sistemi sanitari. Soprattutto per merito del formidabile lavoro dello *European Observatory on Healthcare Systems* (www.euro.who.int/observatory), possiamo oggi facilmente accedere a dettagliate descrizioni, di quasi tutti i sistemi sanitari dei paesi maggiormente sviluppati. Inoltre, il crescente interesse da parte di una comunità scientifica multidisciplinare ci ha permesso di accrescere le nostre conoscenze sui sistemi sanitari, anche per mezzo di analisi comparate. Diverse sono le classificazioni proposte, spesso differenti le une dalle altre rispetto a specifiche dimensioni di analisi (i sistemi di finanziamento, la natura pubblica/privata delle strutture di erogazione dei servizi, il grado di integrazione dei sistemi di offerta, il grado di decentramento politico-istituzionale)¹.

In questo lavoro, facendo riferimento ad una classificazione che ha più che altro basi storiche, propongo una lettura di tre sistemi che

¹ Si vedano ad esempio le classificazioni proposte dall'Ocse (Oecd, 1992) e da Hoffmeyer e McCarty (1994) e il contributo di Saltman e Figueras (1997).

rappresentano casi «importanti», sia perché, almeno in parte, delineano tre «tipi» di sistema, sia perché sono spesso punto di riferimento per il dibattito in altri paesi. Il lavoro presenta in maniera sintetica l'evoluzione storica e le caratteristiche del sistema sanitario della Germania, del Regno Unito e degli Stati Uniti. Segue poi una parte in cui viene proposta una chiave di lettura economica per interpretare le differenze tra i tre paesi. Nelle conclusioni, si sottolinea la differenza tra gli Stati Uniti e i due sistemi europei e si torna sul tema dello sviluppo tecnologico. La tesi che intendo proporre è che la dominanza tecnologica degli Stati Uniti nella sanità, favorita dagli alti livelli di spesa e dalla rilevanza delle fonti private di finanziamento, pone un serio problema di tenuta dei sistemi sanitari europei, che richiede nuove capacità di governo dell'innovazione tecnologica per garantire la loro sostenibilità economica nel rispetto di criteri di equità e universalità.

Prima di analizzare i tre sistemi si osservino alcuni semplici dati macroeconomici (tabella 1). L'anomalia del caso americano, almeno se si limita il confronto con l'Europa, è evidente: una spesa assoluta e in percentuale del Pil nettamente più elevate, un ruolo più modesto in termini relativi del finanziamento pubblico e una percentuale significativa della popolazione senza o con inadeguata copertura assicurativa.

Tabella 1 - Alcuni dati di sintesi dei sistemi sanitari della Germania, Regno Unito e Stati Uniti (2001)

	Germania	Regno Unito	Stati Uniti
Spesa sanitaria totale procapite (Euro in Ppa)	2.198	1.411	3.705
Spesa sanitaria totale come % del Pil	10,6	7,3	13,0
Incidenza della spesa sanitaria pubblica su quella totale	75,1	81,0	44,3
% della popolazione provvista di assicurazione sanitaria	99	100	83*

* Si stima che in aggiunta alle persone non assicurate il 15-20% della popolazione americana abbia una copertura assicurativa incompleta.

Fonte: Oecd, 2002.

2. Il modello delle assicurazioni sociali: la Germania

Adottando un criterio storico, il primo paese da cui partire è la Germania. L'attuale assetto del sistema sanitario tedesco deriva dalla se-

conda metà dell'800 e ha le proprie radici nelle mutue volontarie, caratteristiche del processo di industrializzazione della Germania (Busse, 2000; Altenstetter, 1999). Nel 1883, il finanziamento, l'organizzazione e la gestione dei fondi costituiti dai lavoratori per la copertura di vari rischi viene regolato da una normativa nazionale, che da un lato introduce un sistema di assicurazioni obbligatorie per i lavoratori dell'industria, prevedendo contributi a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro, e dall'altro sottrae il controllo dei fondi ai lavoratori, definendo un sistema di cogestione tra lavoratori e imprese all'interno di un quadro normativo federale. Inizialmente, i fondi impiegavano direttamente o rimborsavano i medici per le prestazioni offerte agli assicurati. Con il passare del tempo, e ancora per mezzo di vari interventi legislativi, la regolazione della professione medica e dei suoi rapporti con i fondi assicurativi viene affidata ad associazioni di rappresentanza dei medici. È questa la base corporativa del modello sanitario tedesco. Ancora oggi esso è composto da soggetti collettivi autonomi che operano all'interno di un quadro normativo pubblico. Il governo federale definisce le categorie di lavoratori (e di altri beneficiari) per cui l'iscrizione ai fondi assicurativi è obbligatoria, i benefici che devono essere garantiti, la struttura organizzativa dei fondi e delle associazioni che li rappresentano, gli obiettivi e le modalità di negoziazione tra i fondi e gli erogatori dei servizi (ospedali e associazioni dei medici), le regole relative alle modalità di raccolta dei contributi sanitari (ad esempio la ripartizione tra lavoratori e datori di lavoro) e le compensazioni finanziarie tra i fondi per tenere conto dei diversi profili di rischio degli iscritti. Inoltre, il governo federale finanzia direttamente l'iscrizione ai fondi assicurativi per le fasce sociali deboli. Sono invece attribuite ai governi dei singoli Stati il finanziamento degli investimenti strutturali (ad esempio nuovi ospedali), la supervisione delle associazioni dei medici e la formazione universitaria dei professionisti. A livello di Länder, i fondi negoziano annualmente con l'associazione dei medici (e di altri professionisti) e con i singoli ospedali le condizioni operative per l'erogazione dei servizi e i compensi economici. Gli ospedali sono direttamente finanziati dai fondi, mentre è l'associazione stessa dei medici che gestisce la remunerazione dei suoi associati.

Un delicato equilibrio tra poteri pubblici (nazionali e statali) e autonomia «corporativa» ha caratterizzato sino ad ora il modello tedesco, garantendo un sistema solidale, che tra l'altro prevede una perequazione tra i fondi a livello nazionale in modo da garantire anche una perequazione territoriale delle disponibilità finanziarie e una copertura

quasi universale². In sostanza, il modello tedesco è caratterizzato da finanziamenti obbligatori specificamente raccolti per l'assistenza sanitaria, che possono essere assimilati ad un sistema di tassazione specifico sul lavoro, e da un sistema di offerta dei servizi autogovernato dalle parte sociali all'interno di un composito quadro normativo. Malgrado i notevoli risultati raggiunti (copertura quasi universale e completa delle prestazioni sanitarie) il modello corporativo tedesco sta vivendo una situazione di crisi. Oltre a difficoltà economico-finanziarie, acuite nei periodi di recessione o stagnazione economica e rese più gravi con l'estensione del modello ai Länder orientali, il sistema risente di una netta separazione tra medicina ambulatoriale e medicina ospedaliera e di una scarsa capacità di governo dell'innovazione tecnologica e dei comportamenti professionali. Con il passare del tempo sembra essersi indebolita la capacità di autogoverno del sistema corporativo: le associazioni dei fondi, sempre più in difficoltà sul lato economico-finanziario, non sembrano essere in grado di trasferire efficacemente su medici e ospedali i vincoli economici, con il risultato di avere sempre più bisogno dell'intervento federale per garantire l'equilibrio economico finanziario. Sebbene in modo non lineare, negli ultimi dieci anni si è ridotto lo spazio di autogoverno del sistema corporativo, a favore di interventi federali su aspetti quali le modalità di finanziamento degli ospedali e dei medici, la rimozione dei vincoli che impediscono un maggiore raccordo tra l'attività ospedaliera e quella territoriale, la politica del farmaco, il governo dell'innovazione tecnologica, la definizione di carte federali dei diritti dei pazienti (Busse, 2000; Worz e Busse, 2002).

3. Il modello a servizio sanitario nazionale: il Regno Unito

Fino alla seconda guerra mondiale anche in Regno Unito erano presenti varie forme di protezione sociale collegate alle imprese e alle organizzazioni dei lavoratori. Tuttavia, a differenza della Germania, esse

² In Germania opera un ampio sistema assicurativo alternativo a quello dei fondi per le persone a reddito medio-alto. Per coloro al di sopra di una determinata soglia di reddito è prevista la possibilità di uscire dal sistema assicurativo sociale e di optare per una assicurazione privata sostitutiva. Complessivamente, il 99% della popolazione è assicurata (si ritiene che la copertura dei fondi sia di fatto universale per tutta la popolazione a reddito basso e medio).

non furono mai normate in modo organico e operarono in parallelo a numerose iniziative gestite e finanziate dagli enti locali e da istituzioni filantropiche. Dopo la fine della seconda guerra mondiale, anche in base all'esperienza di coordinamento pubblico dell'assistenza sanitaria durante il periodo bellico, il Regno Unito decide di nazionalizzare il sistema, dando origine al servizio sanitario nazionale. Il modello che ne è scaturito è ben noto e per diverso tempo è stato punto di riferimento per vari paesi: accesso gratuito e universale alle prestazioni, finanziamento tramite la tassazione generale, organizzazione territoriale integrata dei servizi, costruzione di un sistema di cure primarie che svolge anche da filtro all'accesso ai servizi specialistici, proprietà e controllo pubblico delle strutture di offerta, programmazione nazionale degli investimenti strutturali (ad esempio rete ospedaliera) e controllo stringente sulla formazione medica (Fattore, 1999).

Per quasi 40 anni il Ssn inglese³ si è consolidato mantenendo sostanzialmente inalterate le sue caratteristiche di fondo. La stessa amministrazione Thatcher per ben due mandati non propose significativi cambiamenti del servizio sanitario nazionale, malgrado i pesanti interventi di riduzione della spesa pubblica e un ampio programma di privatizzazioni che interessò diversi settori dell'economia inglese. Fu solo nel 1989 che il servizio sanitario venne riformato in modo incisivo e, per diversi aspetti, originale. Furono innanzitutto creati i cosiddetti mercati interni, nella speranza di introdurre nel sistema pubblico un regime concorrenziale. Tutte le strutture di erogazione dei servizi furono enucleate dalle *District Health Authorities (Dha)* (l'equivalente delle nostre Asl) per diventare *Nhs Trust* (organizzazioni con discreti margini di autonomia organizzativa, gestionale e finanziaria sotto il controllo del Ministero della Sanità). Le *Dha*, poi ridenominate *Health Authorities (Ha)* divennero così agenzie pubbliche chiamate a tutelare la salute dei cittadini tramite l'acquisto dei servizi presso gli *Nhs Trust*. La logica del modello era quella di combinare un sistema competitivo sul lato dell'offerta dei servizi sanitari al mantenimento di una responsabilità pubblica sul finanziamento e la tutela della salute. Il finanziamento delle *Ha* tramite risorse pubbliche e il loro ruolo di acquirenti dei servizi avrebbero garantito il mantenimento dei principi di equità e universalità, mentre la creazione di un mercato interno tra le aziende

³ Di seguito si fa riferimento al servizio sanitario dell'Inghilterra. Galles, Scozia e Irlanda del Nord hanno sistemi sanitari del tutto simili a quello inglese; tuttavia essi sono sistemi autonomi che non dipendono dal Ministero della Sanità.

di produzione, comunque pubbliche, avrebbe garantito di attivare una competizione su qualità e prezzi. Alla ricerca delle migliori condizioni possibili per i loro assistiti, le *Ha* avrebbero cercato di comprare i servizi dai migliori offerenti, stimolando pertanto gli *Nbs Trust* a miglioramenti di efficienza e ad orientare la produzione verso le priorità individuate dalle *Ha*. In parallelo all'introduzione del mercato interno, la riforma creò anche un sofisticato sistema per la medicina di base (*Gp fundholding*): fu introdotto uno schema volontario che delegava parte della funzione di acquisto dei servizi sanitari ai medici di base, chiamati così a gestire un «fondo» con il quale acquistare una serie di servizi per i loro pazienti. In questo modo si potenziò il ruolo della medicina di base, attribuendole al contempo sia maggiore potere nei confronti della medicina specialistica, sia una responsabilità sull'equilibrio economico del sistema.

Diversi studi hanno cercato di valutare questa riforma (Le Grand e al., 1998). Per quanto riguarda i mercati interni, l'evidenza sembra a favore di effetti positivi in termini di efficienza nella produzione dei servizi sanitari e in termini di capacità di garantire una maggiore coerenza tra bisogni, priorità e sistema di offerta dei servizi. Tuttavia, diversi osservatori hanno notato come in realtà le potenzialità del modello competitivo non siano state sufficientemente sfruttate, in quanto le *Dba* hanno scelto strategie «conservative» (sostanzialmente non hanno esercitato una forte pressione sui *Trust* e hanno raramente cambiato i produttori) e le conseguenze del «libero» mercato interno sono state compensate da interventi da parte del Ministero della Sanità per proteggere i *Trust* in difficoltà. Sul fronte delle innovazioni in medicina generale la valutazione della riforma ha messo in evidenza diverse conseguenze. Da un lato, il nuovo modello ha notevolmente rafforzato la medicina generale e ne ha favorito lo sviluppo organizzativo, mostrando anche la possibilità concreta di decentrare la funzione di acquisto e di spostare sui professionisti la responsabilità dell'equilibrio economico; dall'altro, la breve esperienza del «*Gp fundholding*» ha anche evidenziato alcuni punti deboli. In primo luogo, è risultato evidente che la capillarizzazione della funzione di acquisto faceva crescere i costi di transazione (costi amministrativi per la gestione di un articolato sistema di relazioni e controlli), sottraendo risorse «dal letto del paziente». Un secondo limite evidenziato riguarda proprio l'effetto della responsabilizzazione economica: sottoposti ad un vincolo economico, si veniva a creare il rischio che i medici potessero essere indotti ad attuare varie forme di discriminazione dei pazienti. Infine, il

modello poneva un problema di equità; malgrado l'ampia diffusione (quasi il 50% della popolazione), la copertura totale della popolazione con medici *«fundholder»* appariva improponibile sia per vincoli oggettivi (mancanza di studi associati in diversi contesti geografici) sia per la forte resistenza di una parte dei medici inglesi.

Nel 1997, il Governo Blair riformò il sistema, mantenendo la separazione tra le *Ha* e i *Trust*, ma depotenziando la carica competitiva del modello dei mercati interni, tramite un allungamento dei contratti tra la domanda (le *Ha*) e l'offerta (i *Trust*) e l'abbandono del riferimento alla competizione anche nel linguaggio ufficiale (il termine *«purchaser»*, ritenuto troppo commerciale venne sostituito con *«commissioner»*, e i contratti vennero ridenominati «accordi di servizio»). In effetti, sino ad ora, il governo laburista ha mantenuto l'impianto che prevede una separazione tra la funzione di acquisto (in capo alle Asl) e la funzione di produzione dei servizi (assegnata ai *Trust*), ma ha cercato di valorizzarla in termini di separazione e chiarificazione dei ruoli all'interno del sistema, piuttosto che per le potenzialità di attivare concorrenza tra le strutture. L'enfasi si è spostata sulla necessità di promuovere uno spirito cooperativo tra i soggetti del sistema sanitario, piuttosto che su relazioni competitive. Sul fronte della medicina generale, l'iniziativa del governo Blair è stata sin dall'inizio più ambiziosa: abbandonare il regime del *«Gp fundholding»*, per sostituirlo gradualmente con la creazione di aziende di cure primarie destinate a gestire la funzione di acquisto. In sostanza, viene ulteriormente promosso lo sviluppo della medicina generale fino a delineare una nuova tipologia di aziende (*Primary Care Trust*) a cui viene affidato il duplice compito di offrire servizi sanitari di primo livello e di gestire la funzione di analisi dei bisogni e di acquisto dei servizi per la popolazione. Queste nuove aziende, costituite da circa 50 medici e da altri operatori (infermieri e assistenti sociali) e dipendenti dal Ministero della Sanità, sono pertanto destinate a sostituire le *Ha*, a cui rimarrebbe soltanto un ruolo di programmazione generale e di supervisione delle aziende operanti sul territorio. Una terza linea di azione che sta caratterizzando il governo Blair sulla sanità è il «governo clinico». L'interesse del Ssn inglese per iniziative dirette ai temi della qualità, efficacia e appropriatezza dell'assistenza può essere fatto risalire già ai primi anni '90; tuttavia esso è recentemente diventato una priorità della politica sanitaria per l'operare congiunto di diverse condizioni: una serie di «scandali» che hanno mostrato la debolezza del sistema nel prevenire e intervenire tempestivamente in situazioni di gravi deficit di qualità assistenziale, la

convinzione della necessità di bilanciare la responsabilizzazione economica delle strutture e dei professionisti con adeguati meccanismi di «controllo» della performance in termini di produzione di salute e, infine, la convinzione dell'insufficienza dei tradizionali meccanismi di autoregolazione e autocontrollo delle professioni sanitarie. La politica inglese sul governo clinico si sta configurando come una estensione del governo delle istituzioni pubbliche sull'esercizio delle professioni sanitarie. Tramite il *Nice (National Institute for Clinical Excellence)* è stato creato un sistema di valutazione delle evidenze scientifiche di efficacia e di razionalità economica (analisi costi-efficacia) per «valicare» l'utilizzo nel sistema di specifiche tecnologie, farmaci, programmi preventivi e altri interventi sanitari. In sostanza, il servizio sanitario inglese si è assunto il ruolo di mediazione tra conoscenze e pratica, di fatto costituendo un filtro per l'introduzione e la diffusione dell'innovazione tecnologica (intesa in senso ampio). Inoltre, ad un'altra Agenzia dipendente dal Ministero della Sanità (*Commission for Healthcare Auditing and Inspection*) è stato affidato il compito di elaborare e proporre linee guida, di monitorarne il concreto utilizzo e, più in generale, di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria. Completano questa sintesi dell'evoluzione del sistema sanitario del Regno Unito due iniziative recentemente annunciate: l'introduzione del sistema *Drg* per finanziare l'attività ospedaliera e la volontà di trasformare gli *Nhs Trust* in fondazioni autonome. In sintesi, si può affermare che il *Ssn* inglese, malgrado profondi cambiamenti, è riuscito rimanere fedele al suo mandato originale di sistema universale e sostanzialmente gratuito di tutela della salute, finanziato tramite la tassazione generale e governato centralmente. Tuttavia, alcuni pilastri del modello sono venuti meno con il tempo o comunque sembrano in discussione. Alla gestione integrata dei servizi si è sostituita una separazione netta tra aziende di produzione dei servizi specialistici e aziende di servizi primari a cui, per ora solo in parte, è anche attribuita una funzione di «acquisto» dei servizi specialistici. In prospettiva, anche la natura di aziende pubbliche dei *Trust* potrebbe venire meno, a favore di una ulteriore de-integrazione del sistema sanitario e di una riscoperta del ruolo del settore *no-profit*.

4. Il pubblico residuale al privato: il caso degli Stati Uniti d'America

Una descrizione sufficientemente esaustiva del sistema sanitario degli Stati Uniti esula dagli obiettivi di questo contributo. Di seguito viene

semplicemente proposta una sintetica ricostruzione storica degli elementi che lo caratterizzano e, soprattutto, lo differenziano dai sistemi sanitari europei.

Anche negli Stati Uniti il sistema sanitario fino alla recessione del 1930 si sviluppa da varie forme di solidarietà sociale. Tuttavia, rispetto alle esperienze europee, esse non sono strettamente legate allo sviluppo di forme di auto-tutela dei lavoratori, ma sono piuttosto costituite da un composito insieme di iniziative promosse da ordini religiosi, associazioni di rappresentanza di comunità etniche e opere filantropiche. Pertanto, non si sviluppa un sistema di assicurazioni sociali legate al lavoro; il sistema assicurativo sanitario cresce invece sia sotto la spinta degli stessi erogatori dei servizi sanitari, che vedono nelle assicurazioni le garanzie di adeguati finanziamenti, sia come risultato dello sviluppo industriale bellico e post-bellico nel quale l'assicurazione sanitaria entra a far parte del pacchetto retributivo offerto ai lavoratori delle grandi imprese. Mentre in Europa l'accesso alle prestazioni sanitarie viene garantito dall'allargamento delle assicurazioni sociali a nuove categorie di lavoratori e cittadini (fino all'estensione universale in Regno Unito o quasi universale in Germania), negli Stati Uniti l'accesso alle prestazioni a quote crescenti della popolazione viene assicurato dalla diffusione di assicurazioni private fornite dalle imprese e favorite dal regime fiscale (Reinhardt, 1992).

Coerentemente ad un ruolo dello Stato nei sistemi di sicurezza sociale più contenuto che in Europa, gli Stati Uniti lasciano maggiore spazio all'iniziativa privata anche in sanità e limitano l'intervento pubblico alla regolamentazione «industriale» del settore, al finanziamento della ricerca e a programmi di sostegno dell'edilizia ospedaliera. Il punto di svolta si registra durante le amministrazioni Kennedy e Johnson. L'ipotesi di una assicurazione nazionale obbligatoria entra nel dibattito politico, ma viene bloccata soprattutto per l'intervento dell'associazione dei medici americani. Malgrado ciò, nel 1964 viene approvata la costituzione di due programmi pubblici assicurativi per la copertura di anziani e disabili (*Medicare*) e delle persone indigenti (*Medicaid*). *Medicare* è un programma nazionale «universale» che garantisce in modo omogeneo sul territorio nazionale una serie di prestazioni⁴. *Medicaid* è

⁴ *Medicare* non è comunque una copertura completa perché lascia scoperti alcuni servizi, prevede una copertura assicurativa alla sola fase acuta e significative compartecipazioni alla spesa e il pagamento annuale di un premio. Vedi Fattore (2003) per maggiori dettagli e un confronto tra *Medicare* e *Medicaid*.

il nome attribuito alle assicurazioni sanitarie gestite dai singoli Stati per la popolazione indigente. Alcune leggi federali definiscono un insieme di regole relative ai beneficiari e alle modalità di finanziamento del programma, che comunque è amministrato dai singoli Stati. A differenza di *Medicare*, *Medicaid* è un programma che presenta forti differenze tra Stato e Stato e, in sostanza, riflette le politiche e le risorse messe a disposizione dagli Stati (malgrado sia sostenuto da rilevanti finanziamenti federali).

L'approvazione di *Medicare* e *Medicaid* è considerato il più importante intervento di politica sociale attuato negli Stati Uniti. Tuttavia, essi erano già ai tempi della loro introduzione, e lo sono tuttora, insufficienti a garantire una copertura completa e universale. Si stima che circa il 17% della popolazione americana sia sprovvista di una copertura assicurativa sanitaria e che una percentuale simile di persone sia dotata di un'assicurazione parziale, non in grado di garantire una copertura completa delle spese sanitarie (Walshe, 2003).

Il lato del finanziamento è quindi formato da un mix tra finanziamenti pubblici e privati. Mentre i finanziamenti pubblici sono principalmente volti a sostenere *Medicare* e *Medicaid*, quelli privati provengono dalle imprese, dal pagamento privato di polizze individuali e dal pagamento diretto da parte degli assistiti del prezzo delle prestazioni e di significative compartecipazioni. Anche sul lato dell'offerta dei servizi, la presenza pubblica è limitata: circa il 60% degli ospedali sono gestiti da istituzioni private *no-profit* e solo un quarto degli ospedali è di proprietà pubblica (principalmente degli enti locali). Generalmente, i medici americani sono liberi professionisti retribuiti a prestazione.

L'elemento maggiormente caratterizzante l'attuale evoluzione del sistema sanitario degli Stati Uniti è la diffusione dei piani di *Managed Care*. I forti tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica e privata hanno spinto le assicurazioni pubbliche e le imprese (finanziatori delle assicurazioni private) a introdurre vari meccanismi finalizzati al contenimento dei costi. In sostanza, con i piani di *Managed care* sia il paziente che l'erogatore di servizi sono forzati o incentivati a limitare la domanda di assistenza, a seguire percorsi diagnostici pre-definiti e a rispettare vari filtri per l'accesso a prestazioni particolarmente costose. Rispetto al sistema tradizionale che prevede una piena libertà di scelta del paziente e una completa autonomia professionale dell'erogatore dei servizi, con i piani di *Managed care* il paziente accetta una serie di restrizioni alla sua libertà e il medico accetta di operare all'interno di un sistema di incentivi (sistemi retributivi) e di rispettare percorsi dia-

gnostici-terapeutici, linee guida e prontuari terapeutici disegnati al fine di contenere i costi di assistenza.

In estrema sintesi, il sistema sanitario americano si discosta sostanzialmente da quelli europei per i seguenti motivi: impegna una quantità di risorse nettamente superiore in termini relativi alla sua ricchezza (in percentuale del Pil) e in termini assoluti; presenta un intervento pubblico rilevante in termini economici, ma limitato a regolare le forze autonome del settore privato e a fornire garanzie, comunque non complete, a specifiche categorie di cittadini; non permette l'universalità dell'accesso alla tutela della salute lasciando ampie fasce della popolazione scoperte da una protezione assicurativa adeguata. Anche nel sistema sanitario degli Stati Uniti il problema dei contenimento dei costi è pressante. Tuttavia, tutte le soluzioni tentate sino ad ora si «autolimitano» alla regolazione del settore senza sostanziali intrusioni nelle dinamiche di mercato. Gli stessi piani di *Managed care*, se realmente offrono una risposta alla crescita della spesa, sono il modello assicurativo di riferimento per una parte soltanto della popolazione (poveri, anziani, dipendenti con livello di reddito medio-basso).

5. Una chiave di lettura

Per cercare di interpretare le differenze tra i tre sistemi presentati sopra si può fare riferimento ad una semplice identità proposta da Evans (2002), noto economista sanitario canadese.

$$I+AS+AP+PD = \sum P \times Q = \sum F \times R$$

L'identità afferma semplicemente che la somma delle forme di finanziamento del settore sanitario (imposte T, contributi alle assicurazioni sociali AS, premi assicurativi AP e pagamenti diretti da parte dei cittadini P) è sempre uguale al valore dei servizi sanitari consumati (la sommatoria delle quantità Q per i rispettivi prezzi P) che è anche uguale al complesso delle retribuzioni pagate ai fattori produttivi che entrano nella produzione dei servizi sanitari (sommatoria dei fattori produttivi F per il loro prezzo R).

Si parta dalla prima parte dell'identità. Le diverse forme di finanziamento hanno implicazioni sostanzialmente diverse in termini di redistribuzione dei costi di assistenza. Il pagamento diretto implica una responsabilità individuale sul costo dell'assistenza: non vi è alcun

meccanismo di «socializzazione» dei costi. Nelle assicurazioni private avviene un minimo *risk pooling* (aggregazione dei rischi), ma la distribuzione avviene solo in funzione dello stato di salute, nel senso che, e solo in parte, le persone sane contribuiscono ai costi delle persone malate, e non avviene nessuna distribuzione di ricchezza in base ai livelli di reddito. Le imposte e i contributi alle assicurazioni sociali configurano invece un sistema contributivo che opera una redistribuzione della ricchezza. Entrambi, infatti, prelevano risorse in funzione del reddito (o di altre basi imponibili) e le distribuiscono a copertura dei costi di assistenza. In questo modo, tendenzialmente, avviene una distribuzione sia tra persone sane e persone malate, che tra livelli alti e bassi di reddito. Si leggano i tre sistemi presentati sopra in base a questa parte dell'identità. Nel sistema inglese è prevalente il sistema di finanziamento in base alle imposte (tassazione generale), in quello tedesco prevalgono i contributi alle assicurazioni sociali e in quello degli Stati Uniti più del 50% del finanziamento proviene da premi assicurativi e da pagamenti diretti. È questa la dimensione per valutare i sistemi sanitari sul piano dell'equità contributiva e della solidarietà sociale. Se prevalgono assicurazioni private e pagamenti diretti, l'accesso ai servizi viene a riflettere la disponibilità a pagare dei singoli individui e la tutela della salute viene a configurarsi come una responsabilità individuale alla pari di altri consumi. Se, invece, prevalgono contributi obbligatori calcolati sul reddito o sulle imposte, si attua una redistribuzione dell'onere per l'accesso ai servizi sanitari. Ovviamente, l'entità della redistribuzione dipenderà dalle specifiche caratteristiche dei sistemi impositivi e contributivi. Generalmente, si ritiene che l'entità delle redistribuzioni sia più marcata nei sistemi finanziati con imposte generali, sia per il carattere solitamente progressivo della tassazione generale (almeno quella sui redditi delle persone fisiche), sia perché i contributi alle assicurazioni sociali sono calcolati sul solo reddito da lavoro (e non da patrimonio) e prevedono tetti massimi di contribuzione. In ogni modo, i due sistemi europei sono principalmente finanziati secondo sistemi che generano effetti redistributivi, mentre negli Stati Uniti la prevalenza di finanziamenti privati riduce sostanzialmente la portata redistributiva del finanziamento dell'assistenza sanitaria. In sintesi, la prima parte dell'equità serve a leggere il grado di solidarietà insito nel sistema di finanziamento e indica una differenza fondamentale tra gli Stati Uniti e i paesi europei.

Per definizione, il totale del finanziamento deve essere uguale alla retribuzione dei fattori produttivi impiegati. In altre parole, il finanzia-

mento complessivo è per definizione uguale alle retribuzioni del personale che opera nel sistema sanitario, al valore dei prodotti utilizzati (farmaci, apparecchiature) e alle retribuzioni degli altri fattori produttivi impiegati nella produzione di servizi. Più alto è il finanziamento, maggiori sono i compensi attribuibili ai fattori produttivi, sia perché è possibile impiegare maggiori fattori produttivi (più personale, più farmaci, più tecnologia, ecc.), sia perché è possibile concedere retribuzioni unitarie più elevate (i prezzi dei farmaci, le tariffe delle prestazioni ecc.). Si torni ai tre sistemi sanitari. Nel Regno Unito il controllo è su ambo i lati dell'identità. Lo Stato controlla i finanziamenti complessivi e, tramite il governo diretto del sistema di offerta, controlla anche le quantità di fattori produttivi impiegati e i prezzi. Il modello inglese si presenta così particolarmente efficace nel controllo della spesa perché possiede un duplice meccanismo di controllo. Lo Stato tedesco, invece, controlla soltanto il finanziamento, lasciando alle associazioni corporative e agli ospedali autonomia nella definizione della distribuzione dei finanziamenti e sulla retribuzione dei fattori produttivi. Complessivamente, il sistema è sottoposto ad un controllo economico sul lato finanziario, ma l'autonomia dei soggetti sul lato dell'offerta esercita una formidabile pressione per l'espansione dei finanziamenti.

Questa chiave interpretativa può essere utilizzata per fornire alcune considerazioni sulle criticità dei due sistemi europei. Come appena visto, il sistema inglese è efficace nel governare la dinamica finanziaria e, infatti, sicuramente il livello contenuto della spesa sanitaria è uno dei suoi punti di forza. Tuttavia, il rigido controllo del sistema lo costringe a mantenere ridotti gli spazi per l'innovazione tecnologica e a ridurre gli spazi di libertà e autonomia attribuiti ai pazienti. Semplificando, il sistema inglese non ha un problema di contenimento della spesa, bensì un problema di mantenimento di un sufficiente livello quali-quantitativo delle prestazioni in condizioni di risorse limitate. In questa prospettiva, il tema del governo clinico può essere interpretato come il tentativo di dare razionalità e legittimazione alle politiche di «razionamento» dei servizi. Le prove scientifiche di efficacia, l'appropriatezza, la produzione di evidenze di razionalità economica, le linee guida, sono tutti strumenti per giustificare e legittimare il controllo sul sistema di offerta e gli scarsi gradi di autonomia lasciati ai pazienti.

Per la Germania si può fare un ragionamento per diversi aspetti opposto. Il contenimento dei costi è il problema più critico, perché l'autonomia lasciata agli attori del sistema si traduce in una costante ri-

chiesta di risorse aggiuntive. In un sistema che dà garanzie complete all'intera popolazione, l'autonomia professionale dei medici e organizzativa delle strutture sanitarie tende a far aumentare i costi perché non trova adeguate resistenze all'espansione degli ambiti di tutela e, soprattutto, alla diffusione delle tecnologie.

Si interpreti ora il sistema sanitario americano. Qui l'autonomia dei soggetti privati (assicurazioni, medici, ospedali) si esprime in maniera più compiuta. Il sistema assorbe con maggiore facilità le innovazioni tecnologiche e, più in generale, è maggiormente dominato dalle forze di mercato sul lato dell'offerta. Rispetto ai sistemi europei, il finanziamento è il risultato di questa autonomia e quindi non è una variabile direttamente controllata né dalle istituzioni pubbliche, né in ultima analisi dai finanziatori privati. Secondo Evans, il sistema americano riflette una alleanza implicita tra il lato dell'offerta (principalmente imprese fornitrici, medici e ospedali) e i cittadini a reddito medio-alto. La natura prevalentemente privata del finanziamento permette a queste fasce della popolazione di accedere in maniera incondizionata ad una sistema di offerta «di eccellenza», inteso come libero da vincoli economici. In altre parole, la tendenza all'espansione da parte dei produttori di beni e servizi sanitari, motivata dalla ricerca di ampliamento delle loro retribuzioni, troverebbe terreno fertile nella parte ricca della popolazione che è disposta a pagare i costi dell'eccellenza, ma non è invece disposta a contribuire ai costi per una sua diffusione all'intera collettività. Secondo questa analisi, l'esistenza di una parte della popolazione senza o con inadeguata copertura assicurativa è quindi un dato strutturale del sistema; è il prezzo sociale pagato per mantenere alta la tensione verso l'innovazione e la qualità. In questo senso è utile ricordare che il sistema sanitario degli Stati Uniti trova una legittimazione anche come luogo per politiche industriali e non solo per politiche di contenimento della spesa.

Infine, occorre riconoscere l'impatto delle dinamiche del sistema sanitario americano a livello internazionale. Lo sviluppo tecnologico della medicina americana, finanziato adeguatamente soprattutto dalle assicurazioni private e, almeno in parte, dal programma *Medicare*, viene offerto al mercato mondiale. Ovviamente, è il mercato più ricco quello che determina l'agenda dell'innovazione tecnologica (e in parte dell'allargamento dei bisogni sanitari). In questo senso, in una medicina sempre più globale in termini di conoscenze, i paesi a risorse finanziarie più limitate si trovano nella difficile posizione di doversi confrontare con prodotti e servizi, forse compatibili con le disponibi-

lità economiche della parte più ricca del sistema sanitario americano, ma sicuramente incompatibili con i livelli di spesa pubblica dei paesi europei. A questo può essere aggiunto che la diffusione di conoscenze sulle innovazioni (farmaci e nuove tecnologie) nella popolazione rende ancora più difficile attuare politiche di controllo dell'innovazione tecnologica nei sistemi a finanziamento pubblico.

6. Conclusioni

La sommaria descrizione dell'evoluzione storica e delle principali caratteristiche di tre sistemi sanitari mi ha permesso di evidenziare la profonda differenza tra i due sistemi europei e quello degli Stati Uniti. I sistemi sanitari del Regno Unito e della Germania, sebbene riconducibili a due modelli diversi, hanno in comune la capacità di garantire il diritto ad una adeguata assistenza sanitaria all'intera popolazione. In entrambi i paesi l'elemento centrale che garantisce universalità ed equità è il controllo pubblico del finanziamento. Inoltre, in entrambi i paesi i modelli istituzionali stanno cambiando, presentando traiettorie per certi aspetti convergenti. Il sistema inglese ha attuato un processo di de-integrazione e sembra intenzionato a lasciare maggiori spazi di autonomia agli ospedali pubblici e ad altre strutture di erogazione dei servizi, eventualmente anche per mezzo di una loro trasformazione in fondazioni private; nel sistema tedesco, invece, il tradizionale assetto corporativo sembra essere in difficoltà nel garantire l'equilibrio economico e sta crescendo l'intervento pubblico a livello federale.

Il sistema sanitario degli Stati Uniti rimane fortemente dominato da forze di mercato e, malgrado le notevoli risorse impiegate, l'intervento pubblico continua a limitarsi ad un ruolo di regolazione generale del sistema e di supplenza nel finanziamento dell'assistenza per le fasce più deboli della popolazione (anziani, disabili, poveri).

Le specificità «sociali» dei sistemi sanitari nazionali devono però essere interpretate alla luce di una crescente internazionalizzazione delle conoscenze mediche, che migrano tra i paesi e che tendono a diffondersi in modo molto più omogeneo di quanto avvenga per gli assetti organizzativi o i modelli di finanziamento. Il sistema sanitario degli Stati Uniti (incluso il settore della ricerca biomedica), dotato di mezzi notevolmente superiori a quelli europei, tende a dettare l'agenda dello sviluppo tecnologico, offrendo nuove opportunità terapeutiche sempre meno compatibili con le disponibilità economiche dei paesi

europei. Penalizzati da Pil inferiori e da tassi di crescita più modesti, i sistemi sanitari europei fanno sempre più fatica ad assorbire l'innovazione tecnologica promossa dal sistema sanitario americano.

A mio avviso la tenuta dei sistemi pubblici in Europa dipenderà molto dalla capacità che avranno di governare la diffusione delle nuove conoscenze in sanità; senza un filtro efficace e legittimato socialmente, in grado di selezionare le nuove tecnologie garantendo solo quelle costo-efficaci e un loro utilizzo appropriato, i paesi europei rischiano di non avere risorse a sufficienza per mantenere gli attuali assetti istituzionali. È una sfida difficile, perché riguarda lo sviluppo di una capacità di governo delle tecnologie e dei comportamenti professionali ancora notevolmente carente. Tuttavia, perdere questa sfida acuirebbe le difficoltà economico-finanziarie dei modelli che si ispirano a principi di equità ed eroderebbe il consenso sociale su sistemi che, seppure con forti identità nazionali, rappresentano uno dei tratti più caratterizzanti dell'Europa sociale.

Riferimenti bibliografici

- Altenstetter C., 1999, *From Solidarity to Market Competition? Values, Structure and Strategy in German Health Policy 1883-1997*, in Powell F.D., Wessen A.F. (a cura di), *HealthCare Systems in Transition*, Sage, Thousand Oaks.
- Busse R., 2000, *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: *European Observatory on Health Care Systems*.
- Evans R., 2002, *Financing Health Care: Taxation and the Alternatives*, in Mossialos e al. (a cura di), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Bickingham, pp. 31-58.
- Fattore G., 1999, *Cost-containment in the British National Health Service*, in Mossialos E., Le Grand J. (a cura di), *Health care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot, pp. 733-781.
- Fattore G., 2003, «Assetti federali in sanità: cosa possiamo imparare da Canada e Stati Uniti?», in Falcitelli e al. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 59-86.
- Hoffmeyer U.K., McCarthy T.R., 1994, *Financing Health Care*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Le Grand J., Mays N., Mulligan J., 1998, *Learning from the NHS Internal Market. A Review of the Evidence*, King's Fund, Londra.
- Oecd, 1992, *The Reform of Health Care Systems. A Review of 17 Oecd Countries*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2003, *Oecd Health Data 2003*, Oecd, Parigi.

- Reinhardt U.E., 1992, *The United States: Breakthroughs and Waste*, «Journal of Health Politics, Policy and Law», n. 17 (4), pp. 637-666.
- Saltman R., Figueras J., 1997, *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Who Regional Office, Copenhagen.
- Walshie K., 2003, *Regulating Healthcare. A Prescription for Improvement?*, Open University Press, Philadelphia.
- Wortz M., Busse R., 2002, *Structural Reforms for Germany's Health Care system?*, «Euroobserver», n. 4 (4), pp. 1-3.

Il sistema di pagamento dell'assistenza ospedaliera: una valutazione

Tommaso Langiano, Laura Arcangeli

A dieci anni dalla promulgazione del decreto che ha dato inizio ad una delle più discusse e complesse riforme dell'ultimo decennio, il saggio qui presentato offre una valutazione degli effetti dell'introduzione del sistema di pagamento prospettico degli ospedali (Spp) fondato sui Drg e invita ad una riflessione sulla sua efficacia, nonché sulle possibilità di suoi successivi sviluppi. Il bilancio appare fino ad oggi positivo per i risultati che ha prodotto – miglioramento significativo

dell'efficienza tecnico-organizzativa degli ospedali e contenimento del trend di crescita della spesa ospedaliera –, evidenziando allo stesso tempo alcuni fattori critici: da un lato, il persistente ritardo nell'aggiornamento dei sistemi di codifica e del sistema tariffario e, dall'altro, i potenziali rischi sulla qualità delle prestazioni e, in particolare, il rischio che il controllo dei costi prevalga rispetto all'esigenza di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni.

Sono trascorsi dieci anni dalla promulgazione del decreto ministeriale¹ con il quale fu definito il primo tariffario nazionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera.

Quel decreto introduceva nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) un significativo elemento di discontinuità, laddove il Ministero della Sanità assumeva provvisoriamente su di sé il compito di analizzare i costi delle prestazioni erogate da un campione di ospedali (Arcangeli, Falcitelli, Langiano, 1995) e, contrariamente a quanto era previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo 502/92, definiva esso stesso un tariffario nazionale, surrogando una competenza affidata alle Regioni.

Questa forzatura, in mancanza della quale probabilmente il pagamento prospettico degli ospedali non sarebbe mai stato avviato nel nostro paese, ha segnato la successiva evoluzione di «una delle più discusse, incisive e complesse riforme dell'ultimo decennio: l'introdu-

¹ Decreto ministeriale 14 dicembre 1994, *Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, «G.U.», 24/12/1994, n. 300.

zione del sistema di pagamento prospettico degli ospedali (Spp)» (Taroni, 2004), determinando una situazione di sostanziale subordinazione, in tema di regole di pagamento delle prestazioni ospedaliere, della maggior parte delle Regioni al livello centrale.

Gli *obiettivi* che il Ministero della Sanità intendeva perseguire, attraverso l'introduzione del Spp nel Servizio sanitario nazionale, erano costituiti dal rallentamento del *trend* di crescita della spesa ospedaliera pubblica, dal miglioramento dell'efficienza tecnico-organizzativa degli ospedali del Ssn e dalla responsabilizzazione dei decisori sanitari locali (medici e amministratori ospedalieri) nell'utilizzo delle risorse ospedaliere (Falcitelli, 2004). Erano obiettivi coerenti con le caratteristiche tecniche e con gli effetti attesi del Spp, nella misura in cui la predefinita della tariffa rispetto al momento di erogazione dei trattamenti induce a contenerne i costi rendendone al tempo stesso espliciti i costi di riferimento; e i risultati conseguibili con il passaggio al Spp erano stati già all'epoca ampiamente dimostrati nell'ambito del sistema sanitario statunitense, dove il Spp è stato introdotto a partire dal 1983 ed è tuttora in uso (Russell, 1991; Coulam, Gaumer, 1991).

Le Regioni hanno recepito e attuato il nuovo sistema di pagamento tariffario degli ospedali in tempi e in modi variabili, in funzione sia dello stato di sviluppo dei sistemi informativi regionali e locali, sia del modello regionale di erogazione delle prestazioni sanitarie e, in particolare, ospedaliere (Di Loreto, Spolaore, 2004). Ad oggi, si stima che, a livello nazionale, sia circa il 65% dell'attività ospedaliera ad essere remunerata mediante le tariffe basate sui *Diagnosis related groups* (Drg).

I risultati recentemente pubblicati (Falcitelli, Langiano, 2004) delle analisi condotte da un gruppo di lavoro costituito dalla *Fondazione Smith-Kline* consentono di valutare gli effetti documentabili nel Ssn a dieci anni dall'introduzione del Spp fondato sui Drg e, quindi, di riflettere sulla sua efficacia, nonché sulle possibilità di suoi successivi sviluppi.

Un risultato indiscutibilmente prodotto dal collegamento fra la Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo) e la remunerazione delle prestazioni ospedaliere introdotto dal Spp è rappresentato dal radicale incremento del *patrimonio informativo* attualmente disponibile nel Ssn. Di fatto, dalla metà degli anni novanta, il comparto ospedaliero è l'unico settore del Ssn per il quale si disponga di informazioni complete, sostanzialmente valide e tempestive sulle attività erogate. I dati periodicamente pubblicati dal Ministero della Salute² evidenziano il progressivo miglioramento della

² [Http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp](http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp).

tab 1

completezza e della qualità della compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera che si è realizzato nell'arco dell'ultimo decennio.

La tabella 1 (Cerbo, Langiano, 2004), sintetizza i principali fenomeni rilevati nel corso del primo decennio di applicazione del Spp, con riferimento alle variazioni degli indicatori di attività più frequentemente utilizzati per l'analisi della attività ospedaliera, relativi al complesso degli ospedali italiani (i dati derivano dal flusso informativo delle Sdo, trasmesse trimestralmente dagli ospedali alle Regioni e da queste al Ministero della Salute). Nei dieci anni successivi alla introduzione del Spp, negli ospedali del Ssn la *degenza media* si è ridotta del 24%, passando da 8,9 giorni, nel 1994, a 6,8 giorni, nel 2001. Questo sensibile miglioramento dell'*efficienza tecnico-organizzativa* degli ospedali si è realizzato contestualmente ad un incremento della complessità della casistica trattata in regime di ricovero ordinario, misurata in termini di peso medio.

È interessante rilevare che la riduzione della durata media della degenza si è realizzata in tutte le tipologie di istituti di ricovero, ma con intensità differenziate: nelle Aziende ospedaliere e nelle Case di cura private è stata molto più marcata rispetto agli Ospedali presidi Usl, a conferma dell'efficacia del Spp, che dalle Regioni è stato applicato sistematicamente alle prime, ma generalmente non ai secondi (i quali hanno tuttavia apparentemente beneficiato di un «effetto *spill over*» dell'incentivo a diminuire la durata dei ricoveri attivato dal Spp).

I pochi dati disponibili relativamente alla *evoluzione della spesa ospedaliera* negli ultimi anni, inoltre, consentono di affermare che il passaggio al Spp ha esercitato anche un effetto positivo di relativo rallentamento del *trend* di crescita della spesa ospedaliera. Infatti, i dati riportati nel testo citato evidenziano che, nel periodo compreso fra il 1995 e il 2002, la dinamica della spesa ospedaliera pubblica (+54,2%) è risultata più contenuta rispetto a quella della spesa sanitaria pubblica complessiva (+56,3%); conseguentemente, il peso della spesa ospedaliera sulla spesa sanitaria pubblica totale si è ridotto dal 54,1% nel 1995 al 53,4% nel 2002 (Cerbo, Langiano, 2004).

Nell'analizzare l'impatto del Spp sull'andamento dell'assistenza ospedaliera, un aspetto particolarmente rilevante è rappresentato dall'*appropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale*. Non soltanto, infatti, l'appropriatezza organizzativa e clinica costituisce un argomento di particolare attualità nel dibattito e nelle politiche sanitarie nazionali e internazionali, ma il principale rischio correlato all'introduzione del Spp è teoricamente rappresentato dall'incremento del numero delle prestazioni erogate, indipendentemente dai loro livelli di appropriatezza. D'altro lato, l'at-

tivazione del Spp ha reso disponibili per le Regioni e per le Usl gli strumenti necessari al fine di attuare una efficace e sistematica azione di controllo esterno degli erogatori: in particolare, la Scheda di dimissione ospedaliera e il sistema di classificazione dei ricoveri adottato per la definizione delle prestazioni ospedaliere (Drg), che consente di correlare gli indicatori di attività con i problemi clinici trattati; in generale, la disponibilità di dati relativi ai singoli casi trattati, che consente di effettuare controlli mirati sulle prestazioni ospedaliere erogate. E i dati disponibili evidenziano come di fatto, nel triennio 1998-2001, si siano realizzati alcuni fenomeni che depongono a favore dell'ipotesi di un miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale:

- ♦ il numero dei *ricoveri ordinari* si è ridotto del 7%;
- ♦ il rapporto fra il numero dei *ricoveri diurni* e il numero dei ricoveri ordinari è nettamente aumentato, passando dall'8,5% all'11,8%;
- ♦ la proporzione dei *ricoveri chirurgici* sul totale dei ricoveri ordinari è aumentata sensibilmente.

Nell'insieme, quindi, emerge un sensibile spostamento dei ricoveri a bassa complessità dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno, organizzativamente più appropriato.

I dati disponibili a livello nazionale consentono, quindi, di affermare che l'introduzione del pagamento prospettico delle prestazioni ospedaliere nel Ssn ha determinato i seguenti effetti positivi: un miglioramento dell'efficienza tecnico-organizzativa, testimoniato dalla netta riduzione della degenza media, senza incrementare i livelli di inappropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale, e un rallentamento del *trend* di crescita della spesa ospedaliera pubblica.

Tuttavia, allo stato attuale, non vi sono informazioni disponibili per completare una valutazione dell'impatto dell'introduzione nel Ssn del Spp, ossia per comprendere se il Spp abbia prodotto degli effetti significativi sull'*intensità dei trattamenti ospedalieri*, sulla tempestività dell'introduzione negli ospedali delle *nuove tecnologie* e sulla *qualità* dell'assistenza erogata.

Inoltre, occorre evidenziare gli *aspetti critici* correlati, o al Spp in sé, o alle modalità con cui esso è stato introdotto nel Ssn. Da un lato, negli ultimi anni è purtroppo del tutto mancata la necessaria attività di *manutenzione* delle diverse componenti del Spp: il sistema di codifica delle diagnosi e delle procedure nella Sdo (Icd-9-Cm), così come la versione in uso del sistema di classificazione Drg e tariffe delle prestazioni, infatti, non sono più stati aggiornati dopo il 1997. Conseguenze di questa situazione risultano essere sia l'invecchiamento delle compo-

nenti nosologiche del sistema, che appaiono sempre più superate agli occhi dei clinici, sia la perdita del rapporto fra la tariffa e i costi di produzione delle prestazioni ospedaliere, con rilevanti rischi in termini di equità allocativa.

Dall'altro lato, un ulteriore aspetto problematico, che ha peraltro carattere non contingente, è rappresentato dalla mutazione che si è realizzata nei *rapporti fra burocrazie amministrative e clinici*. Taroni ha recentemente rilevato che il Spp, più che aumentare la competizione fra gli ospedali, ha incrementato la capacità di controllo da parte delle burocrazie amministrative interne ed esterne agli ospedali sull'attività clinica e quindi sui medici (Taroni, 2004). Una finalità primaria dell'introduzione del Spp consiste nella responsabilizzazione dei decisori, ivi compresi i decisori clinici, relativamente all'appropriato impiego delle risorse e questo obiettivo, essenziale per un Ssn equo e sostenibile, è stato perseguito attraverso l'introduzione negli ospedali di sistemi informativi e di controllo interno (contabilità analitica, controllo di gestione, ecc.), che non appartengono al tradizionale bagaglio culturale degli operatori sanitari, e in particolare dei clinici. La gestione di tali sistemi è stata quindi affidata a personale amministrativo dedicato, che si è progressivamente introdotto nell'organizzazione ospedaliera, spesso caratterizzandosi, tuttavia, non soltanto per l'intrusività degli strumenti adottati, ma anche per una sostanziale estraneità culturale al paradigma medico.

Il dibattito che si è recentemente svolto a livello sia nazionale (cfr. articoli de «Il Sole 24 Ore - Sanità» di commento al disegno di legge del ministro della Salute sulla *clinical governance*), sia internazionale (cfr. la serie *Doctors and Managers* apparsa sul «British Medical Journal»), trova una quota rilevante della sua motivazione nella forzata coabitazione, ancora ben lontana dall'assomigliare ad una collaborazione, fra le competenze amministrativo-contabili e le competenze cliniche all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Non si tratta, evidentemente, di conflitti fra competenze o di difese di ruoli o di gerarchie; il vero rischio risiede nell'*intrusività potenziale* degli strumenti amministrativo-contabili nell'ambito delle decisioni cliniche e nei percorsi clinici e nell'impatto di ciò sulla qualità dell'assistenza erogata. Il problema principale connesso all'introduzione del Spp consiste nella considerazione che un esame e/o una giornata di degenza in più diventano per l'ospedale un elemento di costo, indipendentemente dall'appropriatezza clinica. In altri termini, non vi è nulla di intrinseco nel Spp, affinché la scelta dell'ospedale fra il benessere del

paziente e il proprio equilibrio finanziario sia indirizzato nella giusta direzione. Tutto ciò è reso più delicato, nel nostro Ssn, dalla mancanza di strumenti sistematici e diffusi di *misura della qualità* delle prestazioni erogate e, soprattutto, di informazioni relative agli esiti prodotti dalle pratiche cliniche. Già Coulam e Gaumer, nel 1991, notavano che se non si conosce il punto in cui costi addizionali non comportano ulteriori benefici, non è possibile conoscere con precisione quando il controllo dei costi diventa pericoloso per la qualità dell'assistenza e quali modifiche nelle pratiche cliniche devono essere auspiccate e, quindi, quali tipi di incentivi devono essere assegnati agli erogatori delle attività sanitarie.

Questa situazione, e i rischi correlati, sono stati accentuati negli ospedali italiani dall'atteggiamento di sostanziale estraneità generalmente assunto dai clinici nei confronti del nuovo Spp, dei suoi fini reali e delle sue componenti. Nella grande maggioranza dei casi i *medici ospedalieri italiani* hanno manifestato un atteggiamento passivo, se non ostile, nei confronti del nuovo sistema, rinunciando a coglierne le opportunità informative e conoscitive, la capacità di mettere a disposizione informazioni sostanzialmente affidabili per conoscere, nelle sue tipologie cliniche e nella sua complessità, la casistica trattata, per analizzare l'entità e le cause della variabilità nei profili di trattamento e per assumere consapevolezza reale dell'entità delle risorse impiegate nelle varie opzioni diagnostiche e terapeutiche.

In conclusione, il bilancio dell'introduzione del Spp nel Ssn appare attualmente positivo per i risultati che ha prodotto: miglioramento significativo dell'efficienza tecnico-organizzativa degli ospedali e contenimento del *trend* di crescita della spesa ospedaliera. Appare, pertanto, ragionevole proseguire su questa strada, intervenendo sui principali *fattori critici*, ossia, da un lato, il persistente *ritardo nell'aggiornamento* dei sistemi di codifica e del sistema tariffario e, dall'altro, i *potenziali rischi sulla qualità* delle prestazioni e, in particolare, il rischio che il controllo dei costi prevalga rispetto all'esigenza di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni.

In merito a quest'ultimo e molto rilevante aspetto, anche sulla base delle esperienze internazionali, le *linee di intervento* che appaiono raccomandabili riguardano: l'introduzione di sistemi di misura della qualità dell'assistenza, nei sistemi di valutazione degli ospedali; l'introduzione di incentivi positivi verso la promozione della qualità delle cure, nei sistemi di pagamento, e la diffusione di strumenti di auto-valutazione formalizzata dei percorsi di cura.

Per esemplificare il significato e le modalità di realizzazione di *approcci sistematici alla misura della qualità delle prestazioni*, si fa riferimento al sistema Hcup attivo negli Usa già dal 1994 ad opera della *Agency for Health Research and Quality* (Ahrq)³. Gli *Health Care Cost and Utilization Project - Quality Indicators* (Hcup-QIs) sono un insieme di indicatori, progressivamente sviluppato dall'Ahrq, dedicati alla misura della *performance* clinica e finalizzati a consentire l'auto-valutazione degli ospedali relativamente alla qualità delle cure prestate. Essenzialmente, questi indicatori misurano tre dimensioni delle cure: gli esiti avversi evitabili, in particolare correlati alle procedure chirurgiche; l'utilizzazione di specifiche procedure ad elevato rischio di uso inappropriato o di sovrautilizzo; le condizioni cliniche suscettibili di essere trattate ambulatorialmente. Il valore degli indicatori Hcup-QIs è correlato a due fattori: l'essere stati identificati sulla base di una rigorosa revisione della letteratura; l'essere correntemente impiegati da un numero molto elevato di ospedali americani e, quindi, il disporre di valori di riferimento empiricamente molto robusti (Ahrq, 2001).

Iniziative orientate ad introdurre nei sistemi di pagamento *incentivi positivi per la qualità* si stanno diffondendo, sia negli Usa, sia nel *National Health Service* inglese (Nhs). Recentemente, ad esempio, è stato siglato un accordo fra Nhs e *General practitioners* che ha introdotto, a partire dall'anno 2005, un pagamento aggiuntivo correlato ai risultati determinati sulla base di un set predefinito di misure di qualità: in particolare, si tratta di un set di indicatori di processo o di esito intermedio relativi a dieci condizioni croniche.

Analogamente, negli Usa, la Commissione federale che sovrintende al Programma sanitario *Medicare* (Propac) ha redatto un rapporto in cui si valutano positivamente i risultati conseguiti nell'ambito di diverse iniziative intraprese da Piani assicurativi al fine di introdurre nei sistemi di pagamento incentivi correlati alla qualità (cosiddetto «*Payment for Performance*») e se ne raccomanda l'estensione a tutto il programma federale *Medicare* (Epstein e al., 2004; Guadagnino, 2003; Medpac, 2003). Nel mondo sanitario Usa si sta diffondendo la convinzione che il sistema sanitario debba evolvere verso un contesto nel quale gli ospedali e i clinici operino sotto l'effetto di incentivi orientati tanto verso il contenimento dei costi, quanto verso la promozione della qualità clinica (Goldfield, 2004).

³ Hcup Quality Indicators Archive. Sito dell'Agency for Healthcare Research and Quality (Ahrq). www.qualityindicators.ahrq.gov/hcup_archive.htm.

Infine, l'esigenza di conseguire gli stessi risultati di responsabilizzazione dei decisori clinici relativamente all'appropriatezza nell'uso delle risorse, che sono attesi dall'introduzione negli ospedali degli strumenti e dei metodi del controllo di gestione amministrativo-contabile, e possono essere perseguiti anche attraverso la diffusione di *strumenti clinici di auto-valutazione* e promozione dell'appropriatezza clinica. Un esempio di tali strumenti è costituito dai *Clinical Pathways* (Cps), piani personalizzati di cura, multidisciplinari e interdisciplinari, che esplicitano gli obiettivi di cura attesi per determinate categorie di pazienti e consentono di organizzare, collocandole in sequenze temporali, le azioni di tutti i professionisti sanitari che partecipano al trattamento di un determinato gruppo di pazienti, regolando la successione degli interventi. I *Clinical Pathways*, quindi, consentono di programmare e realizzare l'assistenza ai pazienti, esplicitandone e misurandone l'aderenza ai criteri e alle raccomandazioni contenute nelle linee guida cliniche di riferimento; consentono, pertanto, di assicurare livelli ottimali di appropriatezza e di adeguatezza dei trattamenti erogati. Nel loro stesso utilizzo, infine, i *Clinical Pathways* consentono sia una misura precisa delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti e dei relativi costi, sia la misura della *performance* clinica, in termini di processo clinico e di esiti intermedi.

Le ipotesi di integrazione e miglioramento del sistema di pagamento prospettico degli ospedali sopra illustrate potrebbero assumere una reale concretezza operativa, anche nel contesto sanitario italiano, se fossero introdotte all'interno dei *modelli contrattuali* fra soggetto finanziatore e soggetto erogatore, già previsti dall'attuale normativa (articolo 8-quinquies del d.lgs. 229/99) ma finora utilizzati solo marginalmente. La definizione di un contratto fra Azienda Usl e Regione, da un lato, e Azienda ospedaliera o altro soggetto erogatore, dall'altro, nel prevedere i volumi e la tipologia di prestazioni da erogare in un determinato arco temporale, dovrebbe prevedere anche sia gli specifici strumenti di misura della qualità delle prestazioni erogate, sia gli incentivi finanziari correlati al raggiungimento di specificati risultati di qualità, sia eventualmente l'adozione, per determinate categorie di pazienti, di strumenti clinici di auto-valutazione, non soltanto al fine di certificare l'appropriatezza dei trattamenti, ma anche quale strumento di garanzia della multidisciplinarietà e adeguatezza del trattamento.

I risultati indubbiamente positivi che l'introduzione nel nostro Ssn del Sistema di pagamento prospettico ha prodotto suggeriscono l'opportunità di mantenere questa modalità di remunerazione, tanto più che

le integrazioni che vi possono essere inserite, quali quelle qui suggerite, nel mantenere gli effetti positivi relativamente al controllo dei costi delle prestazioni, potrebbero consentire di prevenire eventuali effetti negativi sulla qualità dell'assistenza.

Riferimenti bibliografici

- Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, *Refinement of the Hcup Quality Indicators*, «Technical Review», n. 4, Ahrq Publication n. 01-0035, maggio.
- Arcangeli L., Falcitelli N., Langiano T., 1995, *Il decreto ministeriale 14 dicembre 1994: tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, «Drg - Periodico trimestrale sui sistemi di classificazione dei pazienti», n. 0, giugno.
- Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M., 1998, *Integrated Care Pathways*, «British Medical Journal», n. 316, pp. 133-137.
- Cerbo M., Langiano T., 2004, *L'impatto a livello nazionale del sistema di remunerazione*, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- Coulam R.F., Gaumer G.L., 1991, *Medicare's Prospective Payment System: a Critical Appraisal*, «Health Care Financing Review», Annual suppl., pp. 45-77.
- Darer J., Pronovost P., Bass E.C., 2002, *Use and Evaluation of Critical Pathways in Hospitals*, «Effective Clinical Practice», n. 5, pp. 114-119.
- Di Loreto P., Spolaore P., 2004, *L'evoluzione del sistema nelle politiche regionali*, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn: i primi 10 anni dei Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, Bologna, Il Mulino, 2004.
- Epstein A.M., Lee T.H., Hamel M.B., 2004, *Payng Physicians for High Quality Care*, «New England Journal of Medicine», 30 gennaio, n. 350, 4, pp. 406-410.
- Falcitelli N., 2004, *Governare i sistemi di finanziamento*, in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- Goldfield N., 2004, «Il contesto internazionale: stato dell'arte e sfida per i Drg», in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- Guadagnino C., 2003, *Payors expand quality incentives*, «Physicians' Digest 2003».
- Medicare Payment Advisory Commission (MedPac), 2003, *Report to the Congress: Variation and Innovation in Medicare*, giugno. Capitolo 7: «Using Incentives to Improve the Quality of care in Medicare».
- Taroni F., 2004, «Prefazione», in Falcitelli N. e Langiano T. (a cura di), *Politiche innovative nel Ssn: i primi dieci anni dei Drg in Italia*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- Roland M., 2004, *Linking Physicians' Pay to the Quality of Care. A Major Experiment in the United Kingdom*, «New England Journal of Medicine», settembre 30, 351, 14, pp. 1448-1454.
- Russell L.B., 1991, *Medicare's New Hospital System: is it working?*, The Brooking Institute, Washington.

L'accreditamento in sanità: casi regionali

Alessandra Lo Scalzo, Carlo Liva

Questo articolo analizza il tema dell'accreditamento istituzionale in Italia, le sue problematiche di implementazione a livello regionale nel quadro previsto dalla normativa nazionale e l'esperienza di due Regioni, l'Emilia Romagna e la Lombardia, che hanno delineato modelli di accreditamento diversi. A questo scopo sono prese in esame le indicazioni nazionali e il ruolo attribuito dalla normativa alle regioni rispetto all'accreditamento, i ritardi legati

al livello centrale e connessi al processo di devoluzione di poteri alle Regioni culminato nella modifica al Titolo V della Costituzione. L'analisi di alcune problematiche di ordine economico, culturale e politico interne alle regioni stesse, che hanno influito sulle modalità e i tempi di avvio delle politiche di accreditamento, introduce i modelli di accreditamento dell'Emilia Romagna e della Lombardia, esaminati in base alle diverse risposte date a tali comuni criticità.

1. Introduzione

L'accreditamento è un metodo di valutazione esterna della qualità dell'assistenza sanitaria e può essere definito come un processo attraverso cui un soggetto abilitato valuta un individuo, una organizzazione, un programma o un gruppo, e ne attesta la corrispondenza rispetto a requisiti, standard o criteri¹. Accanto ad altri metodi valutativi, che possono essere ad esso complementari, quali l'applicazione delle Iso, del modello Efqm o della revisione tra pari², l'accreditamento pre-

¹ La definizione riportata è alla base del progetto di ricerca *External Peer Review Techniques* (ExPeRT), iniziato nel 1996 e conclusosi nel 1999, finanziato dalla Commissione europea e il cui obiettivo è stato quello di analizzare le tecniche di valutazione esterna diffuse nei paesi della sezione europea dell'Oms. Per le varie definizioni di accreditamento vedi Liva e Lo Scalzo, 2003, p. 2 e Liva, 2002, p. 325. Nel presente lavoro verrà trattato l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni sanitarie e non l'accreditamento dei singoli professionisti.

² La revisione tra pari è una valutazione delle pratiche cliniche effettuata tramite incontri tra professionisti dello stesso settore con lo scopo di confrontarsi con

senta alcune caratteristiche specifiche. È infatti un percorso con contenuti *ad hoc* per i servizi sanitari, diversamente dai primi due metodi sopra citati che nascono in ambito industriale, mentre rispetto ad altre tecniche di valutazione tipiche dell'ambito sanitario, come la revisione tra pari, presenta un maggiore grado di oggettività, si basa su requisiti di qualità espliciti, verificabili, comparabili, riconoscibili da tutti gli attori coinvolti nel processo di assistenza, e culmina in un attestato formale di accreditamento.

In ambito sanitario esistono due tipi di accreditamento, l'accREDITAMENTO istituzionale o a regolamentazione pubblica, e quello volontario o ad autoregolamentazione professionale (Scrivens, 1995, p. 14; Di Stanislao e Liva, 1999, p. 1; Cinotti, 2002, p. 255). L'accREDITAMENTO istituzionale (tipico dell'Italia e di altri paesi europei come la Spagna e la Francia) si caratterizza per l'esistenza di una normativa che prevede l'obbligatorietà dell'accREDITAMENTO per tutte le strutture interessate a erogare prestazioni per conto e a carico del sistema sanitario pubblico. Nel modello ad autoregolamentazione professionale o volontario³ (affermatosi in paesi quali Usa, Australia e Canada) è invece l'iniziativa volontaria del mondo professionale e sanitario ad avviare il processo e, almeno formalmente, le strutture non sono obbligate ad accreditar-

le pratiche migliori: i suoi standard sono dunque impliciti e derivati da linee guida o dalla esperienza personale (Shaw, 2000, p. 170). Il livello di «oggettività» varia molto: è alto nei casi in cui si voglia verificare la semplice presenza di documentazioni o procedure scritte, mentre risulta basso nei casi in cui si valuti il comportamento dei clinici e la loro competenza. Con le Iso si prevedono una serie di standard di qualità gestionale il cui rispetto dovrebbe essere garanzia della qualità del prodotto. In ambito sanitario le Iso hanno trovato applicazione soprattutto nei dipartimenti tecnici e meno in quelli clinici poiché, pur rafforzando l'orientamento ai processi del servizio, non garantiscono l'appropriatezza del trattamento o l'*outcome* finale, fondamentale per determinare la qualità di un servizio o di una prestazione sanitaria. Il modello Efqm (*European Foundation for Quality Management*) è invece frutto della elaborazione della Fondazione europea per la gestione della qualità (fondata dai rappresentanti di 14 multinazionali).

³ L'accREDITAMENTO volontario si è realizzato in due modalità. Quello effettuato da grosse agenzie di accREDITAMENTO indipendenti a forte rappresentatività professionale (come ad esempio la *Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organisation* negli Stati Uniti), e quello effettuato da singoli gruppi professionali e da società scientifiche, simile alla revisione tra pari e detto anche accREDITAMENTO volontario all'eccellenza. Nel presente saggio, nel parlare di accREDITAMENTO volontario, ci riferiamo a quello svolto da grandi agenzie. Vedi anche la voce accREDITAMENTO in Morosini e Perraro, 1999.

si. La volontarietà da parte di una organizzazione sanitaria di sottoporsi alle procedure valutative per ottenere lo status di soggetto accreditato è, infatti, spesso solo formale e sostanzialmente vi è una obbligatorietà dovuta a motivazioni economiche o di prestigio (l'essere sede di insegnamento post-universitario, accedere ai fondi pubblici per la ricerca e per l'assistenza, erogare prestazioni all'interno del sistema a finanziamento pubblico)⁴. In generale, rispetto al sistema sanitario, l'accreditamento, sia esso ad autoregolamentazione che istituzionale, può avere due funzioni: una collegata al miglioramento della qualità e l'altra di tipo economico⁵. Esso infatti può essere, insieme, un metodo per la valutazione, il miglioramento e la garanzia della qualità dei servizi sanitari, e uno strumento per la selezione delle strutture erogatrici per conto e/o a carico del servizio sanitario pubblico in base ad una valutazione di qualità.

L'introduzione dell'istituto dell'accreditamento nella normativa italiana è avvenuta a partire dal 1992, per poi precisarsi ulteriormente con l'ultima riforma del Servizio sanitario nazionale nel 1999, e ha coinciso con il periodo di transizione del paese verso una devoluzione di poteri, culminata nella legge costituzionale n. 3 del 2001 che ha modificato i rapporti tra Stato e Regioni, attribuendo a queste ultime, tra l'altro, la piena potestà legislativa e organizzativa in materia sanitaria. Rispetto all'accreditamento tale situazione, insieme ad altri fattori economici, politici e culturali interni alle Regioni, ha determinato rallentamenti nella realizzazione dell'accreditamento e disomogeneità nell'adeguamento alle indicazioni nazionali. In alcuni casi, poi, l'istituto è stato introdotto principalmente come strumento per favorire la competizione sulla base di regole comuni, in altri come mezzo di selezione degli erogatori subordinato alla programmazione regionale e

⁴ Oggi esiste una tendenza nei sistemi storicamente nati grazie all'iniziativa della professione medica, e dunque «dal basso», ad adattarsi alle necessità di regolamentazione «dall'alto» legate, oltre che alla necessità di disporre di un sistema di selezione degli erogatori, anche ad esigenze di monitoraggio del sistema in base agli stessi standard che le agenzie di accreditamento sono chiamate a condividere con l'autorità pubblica. Vedi Scrivens, 1995.

⁵ Le due funzioni non sembrano essere sempre compresenti. Ad esempio, in Francia, dove l'accreditamento è di tipo istituzionale, pur essendo obbligatorio per tutte le strutture sottoporsi alle procedure di valutazione, non vi è un utilizzo del sistema come metodo di selezione delle organizzazioni che possono erogare a carico del sistema pubblico. La finalità sembrerebbe dunque legate alla garanzia e miglioramento della qualità dei servizi resi al cittadino.

come fattore di miglioramento della qualità complessiva del sistema sanitario.

In questo articolo cercheremo di analizzare alcune delle cause del ritardo regionale nell'avvio di politiche di accreditamento e l'esperienza di alcune Regioni che, affrontando le criticità poste dalla introduzione di questo istituto, hanno individuato propri percorsi. A questo scopo, nella prima parte ci soffermeremo sulle indicazioni quadro della normativa nazionale, sul ruolo attribuito alle Regioni e sui punti critici e i ritardi dell'impianto normativo a livello centrale. Verranno poi presentate alcune delle principali difficoltà e criticità incontrate dalle Regioni nel tentativo di avviare il proprio percorso verso l'attuazione di una politica di accreditamento nel quadro della normativa nazionale e, più in dettaglio, verranno descritte le esperienze dell'Emilia Romagna e della Lombardia, che hanno dato spesso risposte diverse a problematiche comuni, delineando due modelli distinti di accreditamento.

2. L'accreditamento nella normativa italiana: il ruolo delle Regioni e delle Province autonome

L'accreditamento è stato introdotto nella normativa italiana dalle due riforme del Servizio sanitario nazionale succedutesi negli anni novanta. Con il d.lgs. 517/93 che integrava e modificava il d.lgs. 502/92, viene introdotto l'istituto dell'accreditamento quale strumento per la selezione, in base a criteri di qualità, dei soggetti erogatori a carico del Servizio sanitario nazionale. Nell'ottica della riforma del 1992-1993, volta alla introduzione di principi di mercato nel sistema sanitario italiano, l'accreditamento si poneva come mezzo per permettere alle strutture private l'erogazione di servizi a carico pubblico sulla base, però, di condizioni prestabilite. Questa funzione è stata meglio precisata e specificata con il d.lgs. 229 del 1999 che ha sottolineato come l'accreditamento debba essere funzionale alla programmazione sanitaria, promuovere la qualità dell'assistenza e riguardare sia i soggetti pubblici che quelli privati, sostituendo il vecchio sistema basato sulla convenzione con i privati.

Il percorso disegnato dalla riforma del 1999 prevede quattro momenti, consequenziali l'uno all'altro, che si configurano come una sorta di regolazione del rapporto tra pubblico privato. L'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, l'accreditamento e gli accordi contrattuali. Per

l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune, competente in materia di autorizzazione e concessione edilizia, deve acquisire la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione, effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione delle strutture presenti in ambito regionale. L'autorizzazione all'esercizio viene invece concessa dalla Regione stessa. Rispetto all'accreditamento, le strutture, pubbliche e private, che intendano erogare prestazioni per conto e a carico del servizio sanitario pubblico, dovranno ottenere lo status di soggetti accreditati dimostrando il possesso di una serie di requisiti di qualità, ulteriori rispetto a quelli autorizzativi stabiliti, a livello nazionale, dal d.p.r. del 17 gennaio 1997 (Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti minimi di carattere strutturale, tecnologico e organizzativo per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria)⁶, definiti dalla stessa Regione. Questo sia al fine di garantire al cittadino un livello qualitativo omogeneo nelle prestazioni fruite, sia per permettere una valutazione costo-qualità dei servizi offerti. Nell'ottica del d.lgs. 229 l'accreditamento è però condizione necessaria, ma non sufficiente alla erogazione di servizi a carico del sistema sanitario pubblico. In funzione della programmazione regionale, e attraverso una valutazione comparativa della qualità e dei costi dei servizi offerti dalle varie strutture, si prevede la stipulazione di accordi contrattuali con le organizzazioni accreditate. In questo senso la Regione è chiamata ad una regolamentazione del mercato sanitario, il cui accesso deve essere subordinato alle necessità della programmazione regionale come orientamento alla volontà del cittadino di scegliere liberamente tra le varie strutture erogatrici.

Al fine di garantire una omogeneità dei criteri e degli standard di qualità per l'accreditamento sul territorio nazionale, il d.lgs. 229 aveva previsto che, entro sei mesi dalla sua entrata in vigore, venisse emanato a livello centrale un atto di indirizzo e coordinamento contenente i criteri generali uniformi per la definizione dei requisiti ulteriori, per la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali è possibile accreditare quantità di pre-

⁶ Questo atto, ad oggi non ancora recepito da tutte le Regioni, ha dato una disciplina uniforme sui requisiti minimi a livello nazionale, e ha introdotto il principio che anche le strutture pubbliche debbano essere sottoposte ad autorizzazione per l'esercizio dell'attività sanitaria.

stazioni in eccesso, e le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture. Si prevedeva poi che la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari (Cnaq)⁷, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali (Assr), avrebbe dovuto, tra l'altro, definire i requisiti in base ai quali le Regioni individuano i soggetti abilitati alle verifiche. Infine, nel complesso, i tempi previsti dal decreto legislativo del 1999 per l'attuazione dell'accreditamento nelle Regioni sono molto stretti. Entro due mesi dalla entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento le Regioni avrebbero dovuto definire, in conformità ai criteri generali uniformi, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, mentre entro quattro mesi si indicava l'avvio dei processi di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate e delle altre già operanti.

È in questo quadro che alle Regioni e Province autonome è stata richiesta l'individuazione di requisiti di qualità ulteriori rispetto a quelli minimi, la evidenziazione delle procedure e delle modalità di verifica del possesso dei requisiti evidenziando i vari soggetti competenti, l'attenzione al fabbisogno regionale. D'altra parte, a distanza di cinque anni, le due indicazioni da espletare a livello centrale, che avrebbero dovuto fornire alle Regioni alcuni strumenti per delineare i propri percorsi all'accreditamento in modo omogeneo, non sono state attuate, né le Regioni, dal canto loro, sono riuscite a rispettare i tempi previsti per l'attuazione dell'accreditamento. Alla luce, poi, dei recenti mutamenti costituzionali, l'attuazione delle indicazioni sulla emanazione dell'atto di indirizzo e sui requisiti per i valutatori, si dovrebbe essere ormai del tutto arenata di fronte alla legge costituzionale del 2001, che rende atti di questo tipo potenzialmente incostituzionali⁸.

⁷ La Cnaq è stata istituita dallo stesso d.lgs. 229 con l'art. 19-bis, che le ha attribuito, tra l'altro, specifiche competenze di monitoraggio dello stato di attuazione dell'accreditamento a livello regionale (vedi nota 9, per le modalità con cui questa attribuzione è stata espletata).

⁸ Dobbiamo qui segnalare che in un periodo «federalista» come quello che stiamo attraversando, durante gli ultimi 4 anni di lavoro con le regioni, l'Assr ha riscontrato una decisa richiesta di condivisione di conoscenze ed esperienze, al di là dell'affermazione e della ricerca di autonomia. Rispetto all'accreditamento, infatti, se non vi sarà nessun atto formale che le Regioni siano chiamate a recepire riguardante i requisiti ulteriori e i valutatori, le Regioni stesse hanno però manifestato interesse verso forme di coordinamento e confronto sia su questi due temi, sia su altre tematiche connesse. Proprio su richiesta delle Regioni dal

Questo il quadro normativo e il contesto generale entro cui le Regioni sono state chiamate ad avviare i propri programmi di accreditamento. Accanto ai problemi posti dai ritardi nella normativa nazionale e dalla necessità di chiarire i compiti e le prerogative delle Regioni alla luce dei cambiamenti costituzionali, vi sono però anche un serie di altre problematiche, interne alle Regioni, che hanno reso difficile la definizione di strategie e l'avvio delle procedure di accreditamento.

3. L'attuazione delle indicazioni nazionali: alcune problematiche regionali

A livello regionale l'implementazione di programmi di accreditamento secondo le indicazioni presentate dalla normativa nazionale, ha incontrato molteplici difficoltà ed è avvenuta in modo fortemente disomogeneo⁹. Alcune Regioni non hanno ancora disciplinato la materia, altre non hanno fatto seguire alla disciplina quadro i provvedimenti attuativi, mentre sono poche le Regioni in cui il sistema è pienamente operativo. Ad oggi delle 19 Regioni e 2 Province autonome, sono 7 quelle che hanno emanato una prima normativa per l'accre-

2002 al 2004 l'Assr ha coordinato, insieme alla Cnaq, 4 tavoli di confronto cui hanno partecipato esperti delegati dalle Regioni in propria rappresentanza. I tavoli hanno riguardato, oltre al tema del ruolo e competenze dei valutatori e a quello dei contenuti dell'accREDITAMENTO, anche il tema del rapporto fabbisogno/programmazione/offerta e della conformità alle normative autorizzative. Il lavoro svolto ha permesso alle Regioni di confrontarsi e comparare problematiche e soluzioni. A conferma della utilità di un luogo di confronto tecnico sulle varie tematiche sanitarie, dopo l'esperienza dei 4 tavoli appena portata a termine, nel dicembre 2004, si è avviato un nuovo tavolo coordinato dall'Assr, cui stanno la maggioranza delle Regioni che hanno già individuato una serie di tematiche, non solo relative all'accREDITAMENTO, su cui confrontarsi.

⁹ Nell'espone le varie criticità riscontrate ci riferiamo ad alcuni dei risultati dell'indagine nazionale svolta dall'Assr in collaborazione con la Cnaq nel 2002 per il monitoraggio dello stato di attuazione dell'accREDITAMENTO. Attraverso 21 *focus group* nelle varie Regioni e Province autonome si sono rilevate le molteplici problematiche emerse nell'attuazione della normativa nazionale sull'accREDITAMENTO. Per i risultati complessivi dell'indagine si veda *L'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari*, pp. 12-65 in «Monitor», n. 2, novembre-dicembre 2002. Mentre per un aggiornamento recente si veda *AccREDITAMENTO: rifacciamo il punto*, pp. 8-54 in «Monitor», n. 9, marzo-aprile 2004. La rivista è disponibile su internet al sito www.assr.it.

ditamento, mentre solo 5 hanno concretamente avviato le prime procedure¹⁰. Il ritardo di adeguamento e la lentezza nell'avvio si possono collegare ad alcune problematiche di ordine politico, tecnico ed economico inerenti alle Regioni stesse: la maggiore o minore diffusione di cultura della qualità nel sistema sanitario della Regione, la gestione del rapporto tra programmazione e offerta, problematiche legate alla figura del valutatore (competenze e risorse per avviare i percorsi di valutazione, il problema della terzietà), la garanzia di equità pubblico-privato, la gestione del pubblico non accreditabile, ecc. Di seguito analizziamo più nel dettaglio alcune di queste criticità la cui modalità di risoluzione, come vedremo, è fondamentale nel determinare il modello di accreditamento disegnato e adottato a livello regionale.

3.1 *La cultura della qualità*

Una prima difficoltà segnalata dalle Regioni che si sono avviate verso la definizione di una strategia per l'attuazione dell'istituto dell'accreditamento è rappresentata dalla disomogeneità intraregionale negli atteggiamenti rispetto al tema del miglioramento continuo delle proprie prestazioni, e nella disponibilità verso una valutazione esterna del proprio operato. A seconda infatti della specialità medica o dell'azienda sanitaria, ci si trova di fronte a diversi gradi di interesse, attenzione, e sensibilità verso il tema della qualità, il che determina il grado di disponibilità verso l'accreditamento. Dove la cultura della qualità è meno forte, vi è, infatti, la tendenza del mondo professionale e sanitario a percepire l'accreditamento come una imposizione esterna con carattere ispettivo, il che rende più difficile il suo avvio e la diffusione di comportamenti che vadano verso pratiche di miglioramento continuo. Il consenso e la disponibilità da parte dei vari *stakeholder* risulta di grande importanza, soprattutto là dove si voglia dare rilevanza alla funzione di questo istituto come veicolo per la diffusione di una maggiore cultura della qualità e di fenomeni di miglioramento continuo. Mutamenti culturali e sistemici di questo tipo implicano però tempi abbastanza lunghi, l'investimento di risorse e l'attivazione di una serie di pratiche volte a creare un terreno adatto all'avvio delle procedure di

¹⁰ Hanno una disciplina quadro il Veneto, la Liguria, la Sicilia, la Basilicata, Bolzano, il Lazio, l'Umbria. Il sistema è invece operativo, sebbene con diversi gradi, in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Friuli Venezia Giulia.

accreditamento, quali attività formative, indirizzi aziendali che enfatizzino il miglioramento della qualità, ecc.

3.2 Il rapporto tra programmazione e accreditamento

Rispetto alla gestione del rapporto tra programmazione e accreditamento, la decisione rispetto alle modalità di accesso e revoca dell'accreditamento implica la delicata gestione del rapporto con i privati presenti sul territorio e, in molti casi, storicamente già erogatori a carico del Servizio sanitario nazionale. Questa problematica può essere maggiormente sentita in quelle Regioni dove la presenza del settore sanitario privato è forte e dove vi è meno tradizione di programmazione. In situazioni di sovrabbondanza di offerta, sarebbe auspicabile, seppure non facilmente gestibile, regolamentare l'ingresso/uscita dei fornitori non rinnovando contratti con i privati. Inoltre le indicazioni della programmazione sanitaria devono regolare l'offerta, rapportandola al fabbisogno di prestazioni stimate in rapporto a quanto indicato dai Livelli essenziali di assistenza e a livello regionale esiste spesso una oggettiva difficoltà di valutazione del fabbisogno, quando non di definizione stessa di cosa si intenda per fabbisogno (numero di posti letto per acuti, per riabilitazione e lungo-degenza ospedaliera come indica la normativa o articolazioni più complesse e attuali che considerino anche altri livelli assistenziali).

3.3 Il valutatore: competenze, ruolo, terzietà

Poiché una delle funzioni dell'accreditamento è la selezione dei soggetti, pubblici e privati, che potranno erogare servizi per conto e a carico del sistema pubblico, il governo regionale (pubblico committente) deve garantire una valutazione obiettiva che non discrimini tra pubblico e privato. Ciò, secondo alcuni, richiede caratteristiche di terzietà del valutatore da realizzarsi, ad esempio, mediante una agenzia terza con competenze tecniche, cui demandare il compito delle verifiche di qualità, o rivolgendosi ad una agenzia di certificazione (sebbene si ritenga che ciò possa fare emergere il problema della effettiva aderenza ai requisiti, là dove la verifica avviene per richiesta e come servizio a pagamento). La oggettività del percorso valutativo, la esplicitazione dei criteri e standard di qualità richiesti per l'accreditamento, la formazione dei valutatori e la loro certificazione sono ulteriori variabili che concorrono a garantire, il più possibile, la terzietà e la obietti-

vità del soggetto valutatore. Rispetto al ruolo e alle competenze del valutatore, possiamo analizzare la figura del valutatore secondo due proprietà: la condizione giuridica e le conoscenze richieste. La condizione giuridica può essere riportata a due tipologie, il pubblico ufficiale e il consulente, mentre riguardo alle competenze esse possono essere ampie, e configurare un valutatore esperto di sistemi di qualità, oppure minime e riguardare la sola procedura prevista dalla Regione¹¹.

4. L'accreditamento sanitario in Emilia Romagna

Due sono le caratteristiche fondamentali del modello di accreditamento dell'Emilia Romagna. Da una parte, nel rapporto tra programmazione e accreditamento, si è posto l'accento sulla programmazione al fine di creare un sistema di offerta coerente con gli obiettivi regionali e le risorse finanziarie disponibili. Una seconda idea di fondo nell'elaborazione del percorso avviato in questa Regione, è stata quella di utilizzare l'introduzione dell'istituto dell'accreditamento come momento finalizzato allo sviluppo omogeneo di una cultura della qualità a tutti i livelli del sistema sanitario regionale, cui possa conseguire un miglioramento complessivo del sistema stesso. Non a caso il percorso di sperimentazione è stato lungo, e ha teso a coinvolgere professionisti, manager e gli stessi utenti e si è basato su un articolato percorso di formazione rivolto ai valutatori del sistema. L'accreditamento ha, dunque, qui una duplice funzione: è mezzo per la selezione dei soggetti erogatori per conto e a carico del sistema sanitario regionale, ma è anche strumento di garanzia e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'Emilia Romagna si è mossa verso l'articolazione di un proprio mo-

¹¹ I diversi approcci seguiti dalle Regioni, sia sotto il profilo della configurazione del ruolo istituzionale che il valutatore viene a ricoprire, sia sotto il profilo delle competenze che sono richieste, pur nella loro diversificazione, si possono riportare ad una sintesi complessiva di quattro tipologie, rispetto alle quali possiamo collocare tutte le Regioni che abbiano affrontato la questione del ruolo e delle competenze del valutatore. Il valutatore pubblico ufficiale esperto della sola procedura; il valutatore consulente esperto della sola procedura; il valutatore consulente esperto di sistemi di qualità. A questo proposito si veda *Accreditamento: rifacciamo il punto*, pp. 32-37, «Monitor», n. 9, marzo-aprile 2004.

dello di accreditamento già a partire dal 1998, recependo il d.p.r. del gennaio 1997 sui requisiti autorizzativi con la l.r. 34/98, in cui sono state definite le competenze e le procedure sia per l'autorizzazione che per l'accreditamento. Tra il 1999 e il 2000 sono stati emanati alcuni provvedimenti attuativi riguardanti i requisiti autorizzativi e di accreditamento e le procedure valutative. Vi è poi stato un periodo di prima sperimentazione e, infine, l'impianto è stato rivisto nel 2004 con la delibera 327 del 23 febbraio, attraverso cui si è integrato il processo di accreditamento con le indicazioni del d.lgs. 229/99, che subordinavano l'accreditamento alla autorizzazione, semplificando l'ottenimento di quest'ultima¹². Con la delibera 327 il processo viene, tra l'altro, integrato con elementi relativi all'accreditamento dei professionisti e dei programmi assistenziali e con i requisiti specialistici prodotti.

La procedura di valutazione per l'accreditamento prevede che l'Agenzia sanitaria regionale (Asr), ove richiesto dall'assessorato, utilizzi un gruppo di valutatori di sua scelta tra quelli formati; questi firmano il giudizio di verifica ispettiva (il giudizio viene inviato anche alla struttura interessata che può produrre controdeduzioni) che alla fine viene formulato dalla Asr e inviato all'assessorato che, come accennato, ha la responsabilità finale sulla erogazione o meno del certificato di accreditamento. La Regione ha scelto di demandare ad un soggetto terzo con specifiche competenze tecniche, l'Asr, il compito delle verifiche di conformità o della scelta di altri soggetti qualificati a ciò. In questo senso si è dato risposta al problema della terzietà del valutatore che svolge la verifica. L'Asr esprime poi un parere motivato in ordine alla accreditabilità della struttura o della funzione dopo avere svolto un esame della documentazione, con verifiche sul campo. È però il governo regionale ad essere titolare per il rilascio del certificato di accreditamento: l'assessore alla sanità concede infatti l'accreditamento

¹² Il rapporto tra autorizzazione e accreditamento è estremamente problematico e ha talvolta determinato veri e propri blocchi del sistema, sollevando problemi di risorse finanziarie e di tempi. Le strutture, soprattutto pubbliche, presentano una oggettiva difficoltà ad adeguarsi ai requisiti minimi autorizzativi, soprattutto strutturali e impiantistici, previsti dal d.p.r. 14/1/97 e sono perciò potenzialmente non accreditabili. Si pensi alle difficoltà di messa a norma di strutture ubicate in vecchi stabili storici, che è tipica del nostro paese. Inoltre normalmente è necessario mantenere gran parte della operatività di una struttura sottoposta ad adeguamenti, fatto che allunga i tempi, aumenta i costi, e rende le operazioni molto più complesse. Una modalità di superamento del problema è la via della autocertificazione e dei piani di adeguamento.

con proprio decreto (sono previste anche concessioni con prescrizioni) che costituisce provvedimento definitivo e ha valore triennale con possibilità di verifiche su decisione della Asr o della Regione. Si accredita di norma il livello dipartimentale, ma possono essere accreditate anche singole unità operative, come pure è previsto l'accREDITAMENTO di «programmi» (screening dei tumori femminili, trapianto di fegato, ecc.). Il modello dell'Emilia Romagna si ispira in parte al modello Iso 9000 e in parte al modello di accREDITAMENTO canadese. I requisiti per l'accREDITAMENTO sono di tipo organizzativo, e viene in particolare richiesta l'evidenza di attività su direzione/programmazione, gestione e risultati clinici.

Nel modello emiliano romagnolo hanno una importanza strategica la professionalità dei valutatori e il percorso formativo previsto per queste figure. La figura di valutatore è quella dell'esperto consulente che si caratterizza, dal punto di vista giuridico, come un prestatore di opera professionale e, in quanto tale, ha una responsabilità specifica relativa all'oggetto della consulenza (accertare la corrispondenza ai requisiti previsti, farlo con completezza, veridicità, competenza, ecc.), e quindi a tutto ciò che si riferisce allo specifico di una prestazione di tipo professionale. In questo senso non c'è obbligo di denuncia di fatti costituenti reato di cui si sia avuta notizia nell'esercizio delle funzioni, come avviene nel caso del pubblico ufficiale, e questo sottolinea il compito non ispettivo del valutatore nel modello di accREDITAMENTO in analisi.

Al valutatore, come accennato, vengono richieste conoscenze e competenze che vanno molto al di là della sola gestione della procedura di accREDITAMENTO, e a questo scopo è stato attivato un programma di formazione molto ampio e articolato. Il programma è finalizzato ad ottenere una conoscenza approfondita sul tema della metodologia per la qualità, con acquisizione di competenze sugli strumenti per la valutazione e progettazione per la qualità, sui diversi sistemi per la qualità, la gestione dei gruppi, le procedure valutative, ecc. Al fine di sensibilizzare le strutture stesse ad una maggiore cultura della qualità e al modello di accREDITAMENTO, la Regione ha, inoltre, puntato alla formazione, nell'ambito della qualità e organizzazione, di risorse qualificate in ogni azienda sanitaria. La loro presenza, infatti, dovrebbe facilitare il cambiamento verso percorsi di miglioramento della qualità entro la propria azienda. Sono, dunque, state definite due diverse figure per il processo di accREDITAMENTO: quella del «facilitatore» e quella del «valutatore». I facilitatori, che hanno frequentato un corso *ad hoc*, opera-

no internamente alle strutture di appartenenza. I valutatori, invece, sono esterni alle strutture¹³, hanno un livello ulteriore di formazione e sono stati valutati da un soggetto terzo come idonei all'esercizio (è infatti previsto un esame e un'iscrizione all'albo dei valutatori).

La volontà di utilizzare l'istituto dell'accreditamento non solo come strumento di selezione degli erogatori, ma anche come veicolo per fare qualità nelle aziende accrescendo in modo sistemico e uniforme la cultura della qualità e la qualità stessa dei servizi del sistema sanitario regionale, nonché la necessità di risolvere il problema del rapporto tra autorizzazione e accreditamento, ha allungato i tempi di implementazione, per cui l'Emilia Romagna, pur avendo definito un proprio modello e preparato il sistema a riceverlo, ha avviato solo in questo ultimo anno le procedure di accreditamento.

5. L'accreditamento sanitario in Lombardia

Diversamente dall'Emilia Romagna, la Lombardia ha voluto introdurre l'istituto dell'accreditamento in tempi brevi, con l'obiettivo iniziale di farne uno strumento volto a favorire la competizione tra i soggetti produttori, sulla base di regole comuni, mentre ha ritenuto di promuovere e garantire la qualità con altri percorsi¹⁴. Le linee di fondo del sistema di accreditamento sono state indicate nell'ambito della legge sulla riorganizzazione del sistema sanitario regionale, la l.r. n. 31 del 1997 (riforma Borsani), e poi sviluppate da numerosi altri provvedimenti di Giunta¹⁵. La legge 31 ha previsto che tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, possano acquisire lo status di soggetto accreditato, se in possesso dei requisiti minimi autorizzativi previsti dal d.p.r. del 17 gennaio 1997 e di requisiti ulteriori. Rispetto ai contenuti

¹³ Per maggiore garanzia di obiettività, nel caso di dipendenti pubblici, non è possibile valutare strutture sullo stesso territorio della Asl di appartenenza.

¹⁴ Ad esempio, recentemente, la Lombardia ha sperimentato l'esperienza di accreditamento della Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organisation in 10 strutture sanitarie, attraverso il programma della Joint Commission International che si occupa di accreditare strutture a livello internazionale in base a standard anch'essi internazionali. Inoltre la certificazione secondo le norme Iso riveste un aspetto importante della qualità nell'esperienza lombarda, insieme ad esperienze relative alla *customer satisfaction*.

¹⁵ Per l'elenco esaustivo dei provvedimenti vedi «Monitor», n. 2, 2001, pp. 44-47.

dell'accreditamento i requisiti ulteriori sono un set minimo¹⁶, mentre si richiede l'introduzione di specifici strumenti e metodologie per il controllo della qualità delle prestazioni e di efficienza nelle modalità di impiego delle risorse. Per la procedura, la Regione approva i requisiti ulteriori e indica i termini e le modalità di adeguamento e gli indicatori utili alla verifica del possesso dei requisiti. È sempre la Regione, poi, ad essere responsabile per l'attribuzione dello status di soggetto accreditato.

I compiti di verifica della conformità ai requisiti per l'accreditamento della struttura (che è l'unità minima accreditabile) sono stati invece attribuiti alle Asl competenti per territorio con funzioni di programmazione, acquisto e controllo. Rispetto al problema della garanzia di terzietà del valutatore essa dovrebbe essere garantita, almeno in linea teorica, dalla attuazione della distinzione tra compratore e fornitore (avvenuta con la riforma Borsani) che ha dato luogo ad uno scorporo dei presidi dalle Asl, a loro volta svuotate della funzione di erogazione di servizi, per assumere quella di soggetti acquirenti delle prestazioni e garanti della tutela della salute dei cittadini. In realtà, a qualche anno dall'avvio del sistema di accreditamento, sono emerse alcune criticità, tra cui proprio quella relativa alla indipendenza del valutatore, che nella pratica è risultata non essere automaticamente garantita dalla semplice distinzione fornitore/compratore: si pensi, ad esempio, al fatto che le risorse umane delle Asl, impiegate nel compito della verifica della conformità ai requisiti sono, nella gran parte, le stesse che c'erano prima dello scorporo dei presidi. Dal punto di vista della condizione giuridica, in Lombardia, diversamente che in Emilia Romagna, il valutatore ha un ruolo di pubblico ufficiale, poiché esercita una pubblica funzione caratterizzata da potestà pubbliche, di tipo autoritativo e certificativo¹⁷. In quanto pubblico ufficiale il verificatore ha delle responsabilità nello svolgimento delle proprie funzioni come, ad

¹⁶ Tra di essi: i servizi diagnostici e di supporto alla degenza adeguati alla complessità della struttura; dotazioni tecnologiche necessarie in funzione delle patologie trattate; personale sanitario, professionale e tecnico commisurato, nel numero e nella qualificazione professionale, alle attività e prestazioni erogate; servizio di pronto soccorso classificato secondo le prestazioni erogabili.

¹⁷ Sul piano formale, solo due regioni hanno attribuito ai valutatori un ruolo giuridico istituzionale (Toscana e Sicilia), ma la Lombardia di fatto ha configurato una situazione simile avendo attribuito la responsabilità della procedura ad organismi istituzionali come le Asl, che la espletano per mezzo di propri dipendenti.

esempio, l'obbligo di denuncia di reato, e questo sottolinea la caratteristica più ispettiva che finalizzata al miglioramento della qualità, del percorso di accreditamento.

Rispetto alle competenze, la velocità con cui si è implementata la politica di accreditamento in Lombardia ha avuto, tra i tanti effetti positivi, alcuni effetti passibili di correzione come la mancanza di una formazione specifica nell'ambito della valutazione. Le competenze richieste non sono molte e sono correlate direttamente e prevalentemente al solo svolgimento della procedura regionale, alla verifica della conformità all'insieme minimo di requisiti aggiuntivi previsti dalla Regione. I dipendenti della Asl/acquirente hanno assunto, in tempi brevi, il ruolo di verificatori della conformità ai requisiti di accreditamento e, pur avendo fatto molto in poco tempo, la mancanza di specifiche competenze legate alla qualità può far emergere una difficoltà a gestire processi futuri (per es. il monitoraggio del mantenimento dei requisiti). In un sistema di accreditamento a regime, infatti, è necessario un numero molto alto di valutatori con una formazione più forte e specifica (il personale proveniente dalla Asl è per esempio più abituato a problematiche della sanità sul territorio, piuttosto che alle criticità della struttura ospedaliera), questo affinché ci possa essere un impegno esclusivo rispetto alle verifiche e alle valutazioni e per evitare che una certa superficialità nel processo di verifica porti una difficoltà ad entrare nei contenuti a maggior impatto sulla qualità. In generale c'è la necessità di coordinare maggiormente le modalità organizzative dei processi di verifica e le caratteristiche stesse dei valutatori: ognuna delle 15 Asl in cui è suddivisa la Lombardia ha infatti dovuto elaborare, per rendere possibile l'avvio delle verifiche, un proprio modello, con evidenti difficoltà di interazione tra le Asl stesse e tra queste e la Regione.

Dal punto di vista del rapporto tra accreditamento e programmazione possiamo individuare due diverse fasi nella politica regionale, la seconda delle quali si è inizialmente delineata già a partire dall'approvazione del Pssr 2002-2004, per precisarsi con la l.c.r. n. 101 del febbraio 2004. In una prima fase, con l'indicazione delle linee di fondo del sistema di accreditamento nell'ambito della l.r. 31 del 1997, la Regione ha scelto di non porre vincoli di programmazione e, quindi, di non utilizzare l'accredimento come strumento prioritario per la regolamentazione dell'accesso al mercato sanitario pubblico: una organizzazione sanitaria, pubblica o privata, che abbia ottenuto l'accredimento, può erogare per conto e a carico del servizio sanitario pubbli-

co. Si intendeva in questo senso affermare il principio della difesa della libera scelta del cittadino e della libertà dell'offerta, piuttosto che quello della programmazione come momento di valutazione del fabbisogno e conseguente regolazione dell'offerta al fine anche di un controllo della spesa pubblica sanitaria. L'approvazione del Pssr 2002-2004 segna una revisione del sistema poiché con esso si prevede di procedere ad una riorganizzazione della rete dell'offerta, non consentendo più l'accesso al sistema di ulteriori posti letto per acuti fino al raggiungimento dello standard di 4 posti letto per mille abitanti indicato dalla legge n. 405 del 2001. Con la l.r. n. 101 del 2004 si sono previste alcune modifiche alla l.r. 31/97 al fine di rendere operativa la previsione del Pssr ed è stata indicata la separazione del percorso di accreditamento da quello della messa a contratto con il servizio sanitario regionale: l'accordo contrattuale viene subordinato alla programmazione, mentre all'accreditamento viene dato un valore di certificazione di possesso dei requisiti di struttura e di organizzazione da considerarsi condizione necessaria ma non sufficiente per ottenere il contratto.

6. Conclusioni

A livello regionale l'implementazione di politiche di accreditamento ha trovato alcune difficoltà e, a distanza di 5 anni dalle indicazioni quadro nazionali, sono ancora molte le Regioni che devono delineare un proprio programma. Oltre a problematiche interne di ordine politico, economico e tecnico, l'attuazione di questo istituto ha trovato un ulteriore ostacolo nella revisione dei rapporti tra Stato e Regioni, culminata nell'attribuzione a queste ultime della piena potestà legislativa e organizzativa in materia sanitaria. D'altra parte le Regioni, nonostante la possibilità data loro dalle modifiche costituzionali del 2001, non hanno abbandonato i propri percorsi verso la delineazione di programmi di accreditamento: alcune hanno ormai definito e avviato concretamente un proprio modello, come l'Emilia Romagna e la Lombardia, altre stanno iniziando a delineare proprie strategie e si suppone che continueranno nel percorso, fino ad arrivare ad un programma di accreditamento operativo. Si è compresa, in questo senso, l'importanza di uno strumento che, da una parte, rende possibile la selezione degli erogatori permettendo un controllo, e un eventuale contenimento, della spesa, ormai di piena responsabilità regionale,

dall'altra, si pone come mezzo per la garanzia e il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie rese al cittadino. L'analisi dell'esperienza dell'Emilia Romagna e della Lombardia ha, inoltre, evidenziato come la diversità di obiettivi nell'avviare una propria politica determini anche le modalità di risposta alle criticità poste dal sistema, come la formazione dei valutatori, il loro ruolo, il rapporto tra programmazione e offerta; al mutare dell'obiettivo il sistema si ridefinisce, come ad esempio nel caso della Lombardia che sembrerebbe avviata verso una riconsiderazione del rapporto tra accreditamento e programmazione che tenga in maggiore considerazione la valutazione del fabbisogno come preconditione all'accesso ai fondi sanitari regionali.

In generale, alla luce dei recenti mutamenti costituzionali, si evidenzia semmai un problema legato alla mancanza di un insieme di requisiti ulteriori comuni a tutte le Regioni che permettano, almeno in prospettiva, la garanzia di un livello qualitativo (ulteriore rispetto ai requisiti minimi del d.p.r. del 1997) omogeneo su tutto il territorio nazionale. Una mancanza che rischia di approfondire le già evidenti disomogeneità qualitative della sanità italiana.

Riferimenti bibliografici

- Cinotti R., 2002, *L'Accreditamento nelle strutture sanitarie: aspetti di metodologia e di contenuto*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), 2002, *Valutare la qualità in Sanità: approcci, metodologie, strumenti*, Franco Angeli, Milano, pp. 255-270.
- Di Stanislao F. e Liva C. (a cura di), 2000, *L'Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Liva C., 1998, *L'Accreditamento nella Normativa Italiana*, in Di Stanislao F. e Liva C. (a cura di), 1998, *L'Accreditamento dei Servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Torino, pp. 61-80.
- Liva C., 2002, *Valutazione esterna della qualità in sanità ed accreditamento all'eccellenza*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), 2002, *Valutare la qualità in Sanità: approcci, metodologie, strumenti*, Franco Angeli, Milano.
- Liva C., Lo Scalzo A., 2003, *L'Accreditamento*, «Politiche Sanitarie», vol. 4, n. 1, gennaio-marzo.
- «Monitor», n. 2, 2002, novembre-dicembre, pp. 12-65, *Focus on: l'Accreditamento*.
- «Monitor», n. 9, 2004, marzo-aprile, pp. 8-54, *L'accreditamento: rifacciamo il punto*.

- Morosini P. e Perraro F., 1999, *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Scrivens E., 1995, *Accreditation. Protecting the Professional or the Consumer?*, Open University Press, Buckingham.
- Shaw C.D., 2000, *External Quality Mechanisms for Health Care: Summary of the ExPeRT Project on Visitation, Accreditation, Esqm and Iso Assessment in European Union Countries*, «International Journal for Quality in Health Care», Vol. 12, n. 3, pp. 169-175.

Ssn. Un cantiere ancora aperto fra regionalizzazione e impatto dell'Europa

Franca Maino

RPS

Dalla crisi dello Stato-nazione è derivato un rafforzamento dei livelli sub-nazionali di governo. Questo rafforzamento ha condizionato le trasformazioni recenti del welfare state e in particolare della politica sanitaria. Con riferimento al caso italiano, dopo aver illustrato le principali novità introdotte dalle riforme del 1992-93 e del 1999 in termini di regionalizzazione della

sanità, l'articolo ripercorre le tappe principali che hanno introdotto il federalismo fiscale in sanità e hanno reso più autonome le Regioni sul versante finanziario. L'ultimo paragrafo discute le possibili implicazioni del processo di integrazione europea e soprattutto dell'adozione del Metodo aperto di coordinamento sull'evoluzione dei sistemi sanitari regionali.

1. Welfare state, politiche sanitarie e governance multi-livello

A partire dagli anni settanta lo Stato-nazione ha conosciuto una profonda crisi di territorialità. Da un lato, si è assistito ad un progressivo trasferimento verso l'alto del potere decisionale come conseguenza del processo di globalizzazione e del processo di integrazione economico-monetaria. Dall'altro, si è assistito al riconoscimento di sempre maggiori spazi di autonomia a favore di livelli di governo sub-nazionali, impegnati a rispondere in modo mirato e puntuale ai bisogni della cittadinanza. Negli ultimi anni, in molti paesi europei si è verificato un significativo trasferimento di poteri dal centro alle Regioni e alcuni di essi (ad esempio, Belgio, Spagna e Italia) si sono trasformati da Stati unitari in Stati federali o quasi federali. La crescente salienza delle Regioni è connessa in parte alla riforma dello stato sociale e in parte allo sviluppo dell'integrazione europea. Alcuni importanti contributi nell'ambito della teoria della *multi-level governance* hanno sostenuto che l'integrazione europea ha prodotto incentivi per la formazione di legami e di dinamiche coalizionali tra le istituzioni comunitarie (in particolare la Commissione europea) e le *élites* sub-nazionali (Keating e Loughlin, 1997; Jeffery, 1997). Entrambi questi processi, di segno opposto, hanno condotto allo stesso esito: la sottrazione di so-

vranità allo Stato-nazione. Ne è derivato un alleggerimento delle funzioni e delle competenze degli Stati nazionali: i centri nevralgici di formulazione e di implementazione delle politiche pubbliche sono diventati quindi le istituzioni europee e i livelli di governo sub-nazionali (Regioni ed enti locali).

Questo processo di doppio trasferimento, sia verso l'alto che verso il basso, ha condizionato anche le trasformazioni recenti del *welfare state* dei paesi membri. Ne è derivato un processo di de-nazionalizzazione dello stato sociale (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000; Scharpf e Schmidt, 2000). Sulla scia di una severa e prolungata crisi fiscale i governi nazionali, nel corso degli anni novanta, hanno volentieri delegato una serie di funzioni alle unità sub-nazionali, in particolar modo in quelle aree in cui un maggiore adeguamento delle misure di politica pubblica ai bisogni specifici di un dato territorio sub-nazionale prometteva al contempo maggiore efficienza e maggiore efficacia. Pertanto, sanità, assistenza, sociale, politiche attive del lavoro sono diventate politiche sempre più «regionalizzate». Il contesto emergente della *multi-level governance* è stato particolarmente favorevole a tali trasformazioni, e in alcuni casi ha contribuito attivamente alla loro promozione: ad esempio tramite i nuovi processi di coordinamento aperto nel campo delle politiche del lavoro e dell'inclusione sociale, dove particolare attenzione è stata conferita alla dimensione regionale e locale.

A partire dagli anni novanta, in molti paesi europei tra cui l'Italia, queste dinamiche hanno riguardato anche i sistemi sanitari. Esse sono state favorite, da un lato, dall'idea che livelli di governo sub-nazionali più responsabili fiscalmente potessero contribuire a contenere i costi di un settore sottoposto a forti pressioni espansive e, dall'altro lato, dalla grande visibilità pubblica della sanità. Mentre i governi centrali hanno via via considerato la politica sanitaria una questione sempre più divisiva e onerosa sotto il profilo finanziario e organizzativo-gestionale (e quindi potenziale fonte di impopolarità tra i cittadini), i livelli sub-nazionali di governo si sono al contrario mostrati sempre più attratti dalle opportunità di guadagnare consensi attraverso la differenziazione di regole e programmi sanitari. Da questo punto di vista l'Unione Europea ha giocato un ruolo importante e di stimolo. Essa ha costretto i paesi membri a fare i conti con il contenimento della spesa pubblica e quindi ad adottare delle strategie che coinvolgessero anche i livelli decentrati di governo. Il processo di integrazione europea ha anche favorito la diffusione di prassi di collaborazione tra livelli istituzionali di governo nella forma di patti o accordi siglati tra il governo

centrale e i governi regionali. Questo emerge chiaramente nel caso italiano, dove oggi la gestione organizzativa e finanziaria del sistema sanitario nazionale ricade in larga parte sulle spalle del livello regionale.

Le riforme federaliste che sono state approvate in Italia hanno avuto un impatto differenziato sulle diverse politiche pubbliche, che nel caso della sanità è stato molto elevato anche perché già la riforma del 1978 aveva introdotto un sistema sanitario decentrato. Una serie di ragioni, e di questioni aperte, spiega quanto sia stretto il legame fra sanità e federalismo: in primo luogo il processo di regionalizzazione della sanità sia in termini organizzativo-gestionali sia finanziari che ha preso avvio dalla riforma sanitaria del 1992-93 e col tempo ha condizionato sempre più gli esiti della politica sanitaria; in secondo luogo, la spesa sanitaria rappresenta la parte più consistente dei bilanci regionali (e questo spiega anche le aspirazioni delle Regioni a non avere vincoli di destinazione delle risorse e vincoli nelle modalità d'uso delle disponibilità di bilancio); in terzo luogo, il ruolo svolto dal livello regionale nella gestione della sanità ha reso le Regioni (oltre che desiderose di farlo) pronte ad affrontare gli impegni di governo trasferiti dal livello centrale; infine, la questione dei debiti pregressi è ancora irrisolta nonostante i numerosi accordi Stato-Regioni, così come rimane controversa la questione del finanziamento della sanità. Proprio attraverso il federalismo fiscale tali questioni potrebbero trovare in futuro una soluzione, anche alla luce del ruolo che l'Europa sta iniziando ad avere sulla politica sanitaria nazionale: da un lato, di indirizzo riguardo agli obiettivi da raggiungere, dall'altro lato, di sviluppo di sedi di confronto fra diversi livelli di governo e di promozione di accordi che li corresponsabilizzino nella gestione di spesa e prestazioni.

Certo è che tutte queste trasformazioni hanno posto il livello regionale al centro della scena e spingono ad interrogarsi se e come esso potrà costituire il fulcro della nuova strutturazione dei sistemi sanitari. Vi sono, infatti, vari aspetti relativi alle riforme intraprese sinora e ai possibili sviluppi intra-nazionali e relativi al livello europeo che fanno sì che la questione della strutturazione del sistema sanitario italiano resti ancora ampiamente aperta.

2. Le riforme del sistema sanitario negli anni novanta

Gli ultimi quindici anni sono stati costellati da una serie di piccole e grandi riforme che insieme hanno contribuito a cambiare il volto della

sanità italiana, così come era stato definito dalla riforma del 1978 (Maino, 2001). L'attuale decennio ha poi inaugurato la stagione degli accordi Stato-Regioni per il controllo della spesa sanitaria e la responsabilizzazione del livello regionale nel finanziamento e nella gestione della politica sanitaria.

Come è noto la legge 833/78 aveva trasformato il sistema mutualistico in un Servizio sanitario nazionale (Ssn) articolato su tre livelli dotati di autonomia politico-istituzionale: Stato, Regioni ed enti locali. Alla fine del 1992, dopo anni di difficile gestazione in sede parlamentare, venne approvata in pochi mesi la riforma del Ssn. La cosiddetta «riforma della riforma» ha modificato in profondità vari aspetti organizzativi e finanziari del nostro sistema sanitario, senza tuttavia mettere in discussione il principio fondamentale su cui si fonda il Ssn, vale a dire l'universalismo delle prestazioni e dei destinatari.

In termini di decentramento la riforma del 1992-93 ha determinato uno spostamento delle competenze sanitarie sia dal livello centrale che dal livello comunale verso quello regionale. Questo processo di rafforzamento regionale si è sviluppato in stretta connessione con il processo di aziendalizzazione. Infatti, le vecchie Usl, divenendo Aziende sanitarie locali (Asl), hanno cessato di essere strutture operative dei Comuni per diventare enti regionali, dotati di personalità giuridica e di ampia autonomia gestionale. Alle Asl si sono affiancate in qualità di erogatori di prestazioni le aziende ospedaliere (Ao), prima inesistenti, nate dalla trasformazione di alcuni ospedali in azienda. Al processo di rafforzamento regionale si è affiancata anche l'introduzione di nuovi criteri di finanziamento tesi a responsabilizzare le Regioni sul versante delle spese. Il d.lgs. 502/92 stabiliva che l'assegnazione delle risorse dovesse avvenire in funzione del Fondo sanitario nazionale (e non più su base storica), il cui ammontare doveva essere deciso annualmente dalla legge finanziaria e distribuito alle Regioni in base alla quota capitaria. Per quanto riguarda il finanziamento degli istituti di ricovero, pubblici e privati, è stata prevista una nuova modalità di rimborso sulla base di tariffe per prestazioni determinate dalle Regioni invece che attraverso il rimborso a piè di lista in base ai giorni di degenza. Con la riforma del 1992-93 le Regioni hanno assunto un ruolo di primo piano sia dal punto di vista finanziario che da quello organizzativo. Una volta approvata la «riforma della riforma», le Regioni sono state chiamate a implementare la nuova normativa sanitaria. Esse hanno potuto così differenziarsi tra di loro nel recepimento dei decreti di riordino. L'approvazione delle leggi regionali di

riordino sanitario ha rappresentato la prima tappa del processo di regionalizzazione della sanità italiana.

La «riforma della riforma» aveva lasciato aperte varie questioni, a cui il d.lgs. 229/99 di razionalizzazione del Ssn ha cercato di dare risposta, individuando gli ambiti di autonomia e i corrispondenti livelli di responsabilità di ciascun soggetto istituzionale, oltre che delle diverse categorie di operatori del Ssn. Infatti, la riforma sanitaria del 1999 ha inteso completare il processo di riordino avviato con i d.lgs. 502/92 e 517/93 e le successive loro integrazioni contenute nelle leggi e nei decreti ministeriali di attuazione. Questa riforma ha rafforzato l'autonomia regionale: le Regioni hanno la responsabilità primaria di gestire e organizzare l'offerta dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, e concorrono sia alla definizione del Piano sanitario nazionale che alla determinazione del fabbisogno complessivo del Ssn. D'altro canto, anche i Comuni acquisiscono un ruolo più incisivo nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del ruolo del distretto, in cui i servizi sono organizzati per essere alla portata dei cittadini. Ad esso vengono assegnate le funzioni di produzione e di coordinamento dei presidi ospedalieri, prima svolte dalla Asl. Per alcuni aspetti l'impostazione di fondo del d.lgs. 299/99 è sembrata essere più vicina alla legge 833/78 che alla continuazione del percorso riformistico intrapreso con la riforma del 1992-93 (Lorenzini e Petretto, 2000). Dal punto di vista organizzativo, essa ha ribadito la centralità del Piano sanitario nazionale quale strumento di programmazione nelle mani del governo centrale. D'altro canto, essa ha scelto di affiancare al Psn, oltre ai Piani sanitari regionali, anche una serie di piani territoriali e di attribuire ai Comuni una funzione di programmazione, di indirizzo e di controllo che prima non avevano (anche se indebolita dall'assenza di responsabilità finanziarie in capo agli enti locali).

3. La regionalizzazione della sanità e il federalismo

La legge 833/78 aveva contribuito alla creazione di un sistema sanitario decentrato ma squilibrato, in cui Usl e Regioni potevano spendere a piacimento, mentre lo Stato era tenuto sempre e comunque al ripiano dei debiti¹. Questo perché, attribuendo i finanziamenti alle Regioni

¹ Mentre a livello centrale si perseguivano politiche economiche restrittive riducendo le risorse finanziarie da destinare al Ssn, le Regioni, appellandosi alla

e alle Usl sulla base della spesa storica e ripianando poi le spese a piè di lista, non aveva introdotto strumenti adeguati per responsabilizzare i livelli di governo inferiori al controllo della spesa sanitaria. Vista la rilevanza del problema, a partire dagli anni novanta, sono state approvate una serie di misure volte a ridefinire le modalità di finanziamento della politica sanitaria e a responsabilizzare i livelli di governo nel controllo della spesa. Come abbiamo visto le riforme sanitarie del 1992-93 e del 1999 hanno avuto delle implicazioni importanti in questo senso. Negli anni successivi, soprattutto a partire dal 2000, una serie di provvedimenti normativi specifici hanno contribuito alla realizzazione del federalismo fiscale in campo sanitario, vale a dire alla attribuzione di una completa autonomia finanziaria alle Regioni (Maino, 2004).

La prima tappa di questo processo è rappresentata dal d.lgs. 56/00 sul federalismo fiscale, che rappresenta un momento decisivo verso la completa autonomia finanziaria delle Regioni sul versante del finanziamento. L'impatto di questo decreto sul Ssn è destinato a manifestarsi gradualmente, una volta aboliti tutti i trasferimenti erariali a favore delle Regioni a statuto ordinario (tra cui i trasferimenti integrativi del Fondo sanitario nazionale) e una volta rimossi (dal 2004) gli attuali vincoli di destinazione delle risorse proprie regionali (Irap e addizionale Irpef) e sostituiti da procedure di monitoraggio e di verifica dell'effettiva assistenza sanitaria erogata da ogni Regione².

Nel 2000 si è poi data piena attuazione alle attività connesse al Patto di stabilità interno (di qui in poi Patto). Il Patto ha coinvolto direttamente Regioni ed enti locali nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica assunti dall'Italia a livello europeo con l'adesione al Patto di stabilità, crescita e sviluppo. Il Patto aveva introdotto l'obbligo per le Regioni e gli enti locali della riduzione del disavanzo di parte corrente in misura pari allo 0,1% del Pil e della diminuzione conseguente del rapporto tra ammontare di debito e Pil. Dal momento che l'assistenza sanitaria costituisce circa i due terzi delle spese regionali, la sanità è di gran lunga il settore in cui il Patto ha avuto le implicazioni più mar-

norma dell'obbligo all'assistenza sanitaria per tutti i cittadini, spendevano le risorse contingentate a livello centrale oltrepassando i limiti imposti e contribuendo a portare il sistema sanitario alla crisi finanziaria (Mapelli, 1997).

² Altra novità importante prevista dal d.lgs. 56/00 è l'istituzione di un Fondo perequativo nazionale alimentato da una parte del gettito della compartecipazione all'Iva, affinché questa sia destinata alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale.

cate: infatti il Ssn è stato chiamato a contribuire per 1.100 miliardi di lire alla riduzione del disavanzo annuo. Inoltre il Patto aveva previsto una serie di misure per tenere sotto controllo la spesa sanitaria: il definitivo accertamento dei disavanzi del Ssn per il periodo 1995-97; la stipula tra il Ministero e le Regioni di accordi per il riequilibrio delle situazioni deficitarie e la predisposizione di un sistema di monitoraggio; l'accantonamento dell'1,5% del budget del Ssn e la sua attribuzione nel 2000 alle sole regioni «virtuose» che avessero dato esecuzione agli accordi di rientro.

Con il Patto anche l'Italia ha adottato, come altri paesi europei a struttura decentrata, il criterio della corresponsabilizzazione all'indebitamento tra livelli di governo, con la compartecipazione di Regioni ed enti locali sia alla riduzione del disavanzo sia all'eventuale sanzione prevista dalla normativa europea nel caso di accertamento di disavanzo eccessivo (Maino, 2003). Dal momento che esso permette agli enti decentrati di decidere gli strumenti con cui perseguire l'obiettivo della riduzione dell'indebitamento, il Patto è stato interpretato come un esplicito riconoscimento di autonomia. Da questo punto di vista erano anni che le Regioni chiedevano, oltre che risorse maggiori, regole certe, e il Patto si è mosso proprio in questa direzione. Sono le Regioni, le Province e i Comuni – e non più il governo centrale – a decidere quali capitoli di spesa debbano essere tagliati, fermo restando il ruolo di programmazione e coordinamento (che include la definizione dei livelli essenziali di assistenza) del governo centrale.

Nell'autunno del 2000 ha avuto luogo anche la prima verifica fra Stato e Regioni sull'esplosione della spesa sanitaria. Tale verifica ha fatto seguito alla stipula, il 3 agosto 2000, di un accordo Stato-Regioni per cui il governo stanziava risorse aggiuntive per il ripiano dei debiti pregressi, ma a partire dal 2001 le Regioni avrebbero dovuto trovare le risorse necessarie per gli eventuali debiti che sarebbero stati contratti in seguito. L'accordo raggiunto aveva un effetto responsabilizzante verso le Regioni, dal momento che le costringeva ad aumentare le imposte in caso di crescita ulteriore della spesa.

Un'altra tappa verso la realizzazione del federalismo in campo sanitario è stato l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001³. Da un lato, il

³ Fra le voci di spesa per la protezione sociale, nel 2001, quella per la sanità ammontava al 24,4%, a fronte del 69,0% per la previdenza e del 6,6% per l'assistenza. Si trattava di una spesa in crescita rispetto agli anni precedenti (nel 1999 la spesa sanitaria era stata pari al 22,6%) (Lorenzini e Petretto, 2002).

governo si è impegnato ad aumentare le risorse nazionali per la sanità così da raggiungere in un triennio una quota vicina al 6% del Pil, avvicinando l'Italia ai valori dei principali paesi europei. Dall'altro lato, è stato dato il via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e dell'organizzazione della sanità quanto alle politiche del personale, dei contratti e della mobilità delle risorse umane, all'assistenza farmaceutica, e agli assetti delle aziende ospedaliere. Le Regioni, dal canto loro, hanno dovuto accettare un tetto alla spesa farmaceutica (che non deve essere superiore al 13% del totale), lo slittamento di un anno della prevista abolizione dei ticket sulla diagnostica, e soprattutto che il 2001 venisse considerato l'«anno zero» nei rapporti tra Stato e Regioni, sui cui bilanci sarebbero gravate in futuro le eventuali eccedenze di spesa. Le Regioni si sono inoltre impegnate a introdurre strumenti di verifica dell'andamento della spesa e a fornire informazioni per il suo monitoraggio, a stipulare convenzioni per l'acquisto di beni e servizi, a erogare le prestazioni stabilite nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), a tenere la domanda sanitaria sotto controllo, ricorrendo, se necessario, a misure fiscali aggiuntive. Questi impegni hanno trovato applicazione nella legge 405/01 che ha vincolato le Regioni a contenere la spesa sanitaria entro limiti specifici per il triennio 2002-2004, per permettere il rispetto degli obblighi comunitari previsti dal Patto di stabilità, crescita e sviluppo e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica previsti dal Patto di stabilità interno (Maino, 2004).

Lo sviluppo della politica sanitaria dei prossimi anni e il ruolo delle Regioni in questo settore è condizionato soprattutto dalla riforma costituzionale del 2001, che ha introdotto importanti novità nell'equilibrio dei poteri tra i vari livelli di governo, in particolare tra Stato centrale e Regioni. La revisione del Titolo V ha classificato le materie di intervento pubblico in tre gruppi: a legislazione esclusiva dello Stato, a legislazione concorrente e a legislazione esclusiva delle Regioni. La tutela della salute appartiene alle materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni e su tale materia queste ultime hanno comunque potestà legislativa, mentre alla legislazione dello Stato spettano la determinazione dei principi fondamentali e il compito di fissare standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi. Dal punto di vista del finanziamento, le Regioni dovranno fare fronte alle spese per le prestazioni previste dai Lea sulle base delle proprie entrate, della compartecipazione al gettito dei tributi erariali e (per le Regioni con minore capacità fiscale) dei contributi perequativi.

A poche settimane dall'approvazione della legge costituzionale 3/2001 è stato presentato un disegno di legge di ulteriore modifica dell'art. 117 della Costituzione, volto ad attribuire alle Regioni competenza esclusiva su sanità, istruzione e polizia locale⁴. Dal momento che la Costituzione, limitandosi a stabilire che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti (art. 32), non richiede l'adozione di un sistema sanitario nazionale, risultano immediatamente evidenti le implicazioni di questo disegno di legge. Infatti, una Regione con competenze esclusive nel campo sanitario che volesse farlo, potrebbe decidere di abolire il sistema sanitario universalistico nel proprio territorio sostituendolo, per esempio, con un sistema di tipo assicurativo o con una sanità interamente privata (integrata dal finanziamento pubblico per le cure agli indigenti).

Nonostante il Patto e i vari accordi Stato-Regioni sulla spesa e la redistribuzione delle risorse⁵, le Regioni faticano a contenere le spese, mentre fra esse e lo Stato prosegue lo scontro sulle responsabilità degli incrementi di spesa.

Da un lato, le Regioni rivendicano autonomia ma persistono le loro difficoltà nel programmare i bilanci regionali e nell'adottare comportamenti di spesa virtuosi. Dall'altro lato, il centro è almeno in parte disposto a riconoscere un mutamento di ruoli istituzionali, ma è restio ad abbandonare un ruolo di coordinamento attivo non ritenendo i conti pubblici sufficientemente tutelati dalle finanze regionali e volendo mantenere una cornice comune di diritti e di erogazioni pubbliche, che lasci spazio alle specificità regionali ma non all'adozione di modelli sanitari del tutto distinti.

La situazione delle diverse Regioni, comunque, è già marcatamente disomogenea (France, 1999; Maino, 2001), e tale disomogeneità è ulteriormente destinata a crescere come conseguenza della cospicua quota di autonomia attribuita alle Regioni in questi anni.

⁴ Per quanto riguarda lo stato di avanzamento di questa proposta si ricorda che il disegno di legge è stato approvato in prima lettura sia al Senato che alla Camera (rispettivamente il 25 marzo e il 15 ottobre 2004). Esso dovrà essere sottoposto nei prossimi mesi alla seconda lettura in entrambi i rami del Parlamento.

⁵ L'ultimo dei quali è l'accordo del gennaio 2003 che ha modificato i criteri di riparto del Fsn (Toniolo, 2003).

4. Regioni ed Europa

A partire dagli anni novanta molti dei paesi europei hanno avviato, o sostenuto là dove erano già in corso d'opera, articolati processi di decentramento sanitario. La sanità non è il solo ambito di intervento pubblico a registrare in questi anni dinamiche di decentramento. Esso rappresenta, però, il settore in cui tale decentramento è stato, da un lato, più marcato e, dall'altro, si è accompagnato (finora) ad un minor grado di «europeizzazione». Tuttavia, gli ultimi anni hanno mostrato che, seppure lentamente, le cose stanno cambiando. Tale cambiamento è importante perché alla luce dei processi di regionalizzazione della sanità l'assenza di una cornice di coordinamento comunitario in campo sanitario potrebbe attivare forme di decentramento centrifugo in cui la differenziazione territoriale dà luogo a effetti perversi sul piano sia dell'efficienza sia dell'equità. In questo senso, a fronte delle richieste di maggiore autonomia provenienti dai livelli sub-nazionali di governo, il dibattito sull'europeizzazione della sanità e sul coinvolgimento del livello comunitario rappresenta un utile strumento per cercare soluzioni «virtuose» tra la de-responsabilizzazione dei livelli centrali di governo e la ricerca di una cornice nella quale coordinare l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali.

L'impatto dell'Unione Europea e del processo di integrazione sulla politica sanitaria dei paesi membri si manifesta in varie forme. In primo luogo i paesi membri devono fare i conti con vari programmi di politica sociale e di sanità pubblica della Commissione, programmi che definiscono agende di lungo periodo in cui vengono individuati in modo esplicito obiettivi e procedure. A partire dalla seconda metà degli anni novanta l'Ue ha promosso un nuovo dialogo sulle questioni di tutela della salute e sulla sanità. Le varie proposte, i programmi di azione (in particolare il programma per il 2003-2008) e le numerose comunicazioni della Commissione hanno cercato di realizzare un coordinamento tra paesi e hanno promosso politiche comuni a livello europeo. Esse hanno anche coinvolto in modo più diretto il livello di governo sub-nazionale contribuendo ad un suo rafforzamento.

In secondo luogo, la crescente competizione tra gli erogatori europei di prestazioni sanitarie, la libera circolazione di beni e servizi e il diritto dei cittadini europei all'accesso alle prestazioni indipendentemente dallo Stato di appartenenza hanno cominciato ad avere e avranno sempre più in futuro ripercussioni pesanti sui sistemi sanitari nazionali e sulla loro permeabilità, oltre che sulla capacità di controllo

dei governi nazionali. Una delle questioni più complesse riguarda, infatti, il tentativo di conciliare l'introduzione di misure di contenimento dei costi e la capacità organizzativa messa in campo dal livello regionale che coordina l'erogazione dei servizi con gli obiettivi e i vincoli imposti dal nuovo mercato sanitario europeo. In questa prospettiva, le differenze oggi esistenti in termini di status sanitario, di *outcomes*, e anche finanziarie per prestazioni uguali diventeranno presto una questione cruciale e probabilmente altamente divisiva per le agende regionali, nazionali e per quella europee e ci si può aspettare che porteranno a nuovi processi di cooperazione e armonizzazione. Con riferimento alla mobilità dei pazienti, ad esempio, la Corte di Giustizia ha di fatto aperto la strada ad una serie di accordi inter-governativi (di tipo bilaterale e/o tra Regioni transfrontaliere) di cooperazione che rappresentano un'area di sperimentazione che in futuro potrà portare ad accordi allargati e sotto l'egida dell'Unione Europea⁶.

In terzo luogo, attraverso la messa a punto di Patti interni di stabilità, discesi dal Patto di stabilità, crescita e sviluppo europeo, il processo di integrazione europea ha cominciato ad incidere anche in forma indiretta sulla politica sanitaria dei paesi membri, contribuendo a modificare le dinamiche di interazione tra attori coinvolti nel processo nazionale di *policy-making* sanitario. In Italia, dal Patto di stabilità interno è derivata la legge sul federalismo fiscale in campo sanitario e una serie di accordi che hanno visto lo Stato e le Regioni confrontarsi alla ricerca di soluzioni per affrontare il problema del contenimento della spesa senza tuttavia rinunciare all'autonomia finanziaria e gestionale raggiunta dal livello sub-nazionale. Attraverso le riforme del sistema sanitario, si è anche istituzionalizzata la pratica della cooperazione e concertazione tra i due livelli di governo (nazionale e regionale), in linea con i principi di sussidiarietà e le prassi di intergovernamentalismo diffuse a livello comunitario.

A tutti questi fattori va aggiunto l'impatto prodotto dall'adozione di una nuova strategia basata su un insieme di strumenti *soft*, di carattere «incentivante» piuttosto che vincolante, volti a sostenere lo sviluppo

⁶ La Corte europea di Giustizia è diventata in questi anni un attore centrale per lo sviluppo della politica sanitaria a livello europeo. Come la stessa Commissione ha evidenziato (Commissione europea, 2001) la Corte definisce la politica sanitaria attraverso la regolamentazione della sanità e della tutela della salute, creando di fatto «percorsi» obbligati che i paesi membri sono costretti a percorrere recependone le sentenze (Lamping, 2003).

dei sistemi di *welfare* nazionali sulla base di criteri e obiettivi comuni. Si tratta del *Metodo aperto di coordinamento* (Mac) le cui caratteristiche principali sono le linee guida fissate a livello comunitario, i piani nazionali d'azione, l'indicazione di «buone pratiche» come punti di riferimento per le riforme, il monitoraggio e la valutazione delle politiche e infine le raccomandazioni. Nessuno di questi strumenti è vincolante e ha potere sanzionatorio. Il Mac lascia inoltre spazio per le «contestualizzazioni» nazionali e in molti casi anche sub-nazionali. Come ha sottolineato Ferrera (2002), nonostante il suo carattere *soft* questa nuova strategia di costruzione dell'Europa sociale è destinata a generare molti incentivi al cambiamento istituzionale grazie al fatto che gli strumenti su cui poggia sono organizzati in veri e propri «processi» di coordinamento, regolati da cadenze e sequenze prestabilite. I decisori pubblici dei vari paesi membri si trovano così inseriti in un quadro stabile di relazioni e di impegni, che incoraggia l'iniziativa orientandola verso obiettivi comuni e verso strategie virtuose.

Con riferimento alla politica di tutela della salute e alla politica sanitaria l'introduzione del Mac è ancora in una fase preliminare e non vi sono ancora date certe su quando il metodo verrà applicato a questo settore di *policy*. Tuttavia i primi passi sono stati mossi: sulla base della richiesta esplicita formulata nel Consiglio di Goteborg del 2001, la Commissione ha presentato, a dicembre 2001, un primo rapporto sulle prospettive di sviluppo del settore sanitario e della politica di assistenza agli anziani. Al Consiglio di Barcellona del 2002 alla Commissione è stato affidato il compito di indagare le caratteristiche dei sistemi sanitari nazionali con riferimento all'accesso alle prestazioni, alla qualità e alla sostenibilità finanziaria dei sistemi di cura, oltre che analizzare l'offerta di servizi e prestazioni tra aree confinanti. La recente comunicazione della Commissione sulla mobilità dei pazienti (Commissione europea, 2004) ha preannunciato per i prossimi mesi una comunicazione sul Mac nel settore sanitario al fine di rafforzare ulteriormente la collaborazione tra i paesi sul fronte delle politiche sanitarie e di tutela della salute. L'avvio di questo processo anche con riferimento alla politica sanitaria degli Stati membri è quindi oggi più probabile.

Appare quindi chiaro che gli sviluppi dell'integrazione europea rendono ormai ineludibile fare i conti con forme di coordinamento fra paesi ben più avanzate di quelle attuali, che tengano conto del ruolo sempre più centrale delle Regioni, della necessità di armonizzare le politiche sanitarie dei paesi membri, e delle esigenze di mobilità dei

cittadini-pazienti europei. Già l'evoluzione delle dinamiche interne alla sanità italiana, con l'avvicinarsi in pochi anni di più ondate riformatrici, in parte caratterizzate da una linea coerente, ma in parte da un certo grado di contraddittorietà, apriva dei margini di incertezza verso il futuro. È evidente che i possibili sviluppi in sede europea sono destinati a intersecarsi con queste dinamiche, delineando certamente un percorso multi-livello, ma i cui contenuti specifici sono ancora in larga parte in via di definizione.

Riferimenti bibliografici

- Commissione europea, 2001, *The Internal Market and Health Services*, Report of the High Level Committee on Health, Bruxelles.
- Commissione europea, 2004, *Follow-up to the High Level Reflection Process on Patient Mobility and Healthcare Developments in the European Union*, Bruxelles, Com (2004) 301 def.
- Ferrera M., 2002, «Conclusioni», in M. Ferrera (a cura di), *Occupazione, riforme economiche e coesione sociale in Europa: quali istituzioni per un'Unione «virtuosa»?*, Ispi, Milano.
- Ferrera M., Hemerijck A.C. e Rhodes M., 2000, *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New*, Frank Cass, Londra.
- France G. (a cura di), 1999, *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel Ssn*, Giuffrè, Milano.
- Keating M. e Loughlin J. (a cura di), 1997, *The Political Economy of Regionalism*, Frank Cass, Londra.
- Jeffery J. (a cura di), 1997, *The Regional Dimension of the European Union*, Frank Cass, Londra.
- Lamping W., 2003, *European Integration and Health Policy. Sorting out the Issues*, Discussion Paper n. 13, Centre for Social and Public Policy, University of Hannover.
- Lorenzini S., Petretto A., 2000, *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in G. Fiorentini (a cura di), *I sistemi sanitari in Italia 2000*, Il Mulino, Bologna, pp. 93-156.
- Lorenzini S., Petretto A., 2002, *Risorse fiscali e federalismo sanitario*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2002*, Il Mulino, Bologna, pp. 35-72.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Maino F., 2003, *L'europeizzazione della sanità. La politica sanitaria italiana tra patti esterni e patti interni*, in S. Fabbrini (a cura di), *L'europeizzazione dell'Italia*, Laterza, Roma-Bari, pp. 164-189.
- Maino F., 2004, *La sanità italiana verso il federalismo: tra vincoli di spesa ed opportunità europee*, «Rivista di Diritto della Sicurezza Sociale», n. 1, pp. 97-129.

Mapelli V., 1997, *Il decentramento in Italia: aspetti finanziari*, «L'Assistenza Sociale», nn. 1-2, pp. 17-27.

Scharpf F.W., e Schmidt V.A. (a cura di), 2000, *Welfare and Work in the Open Economy*, voll. 1 e 2, Oxford University Press, Oxford.

Toniolo F., 2003, *Il riparto del fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'«Accordo di Fiuggi» del 2003*, «Sanità Pubblica e Privata», nn. 11-12, pp. 1205-1214.

La spesa sanitaria: proposte per un nuovo patto tra Stato e Regioni

Roberto Polillo

Nel saggio l'autore analizza la spesa sanitaria italiana in rapporto al finanziamento pubblico, e propone un nuovo patto di responsabilizzazione tra governo centrale e Regioni, finalizzato al rilancio del Servizio sanitario nazionale. Dopo una ricostruzione storica della nascita del Ssn e della stagione delle riforme degli anni '70 e '90, viene analizzato il rapporto tra finanziamento e spesa per gli anni 1999-2004 alla luce dei documenti elaborati in sede di istituzioni e di istituti di ricerca

(Corte dei Conti, Conferenza Stato-Regioni, Istat, Oecd, Fondo monetario internazionale) e confrontato con altri paesi europei. Un'analisi di dettaglio viene riservata alla legislazione sanitaria relativa al rispetto da parte delle regioni del Patto di stabilità, agli accordi sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni e alle criticità finanziarie attualmente registrate. Viene quindi esaminato l'articolo 119 del Titolo V della Costituzione e il nuovo sistema di finanziamento degli Enti territoriali da questo previsto.

1. Introduzione

Una esaustiva analisi della spesa sanitaria del nostro paese è impresa non facile per almeno due ordini di motivi: la mancanza di un coerente e stabile meccanismo di finanziamento e di allocazione delle risorse dallo Stato centrale agli enti territoriali e l'inadeguatezza del sistema di monitoraggio e verifica della spesa; fattori questi che si traducono in un livello di affidabilità dei dati economico-finanziari disponibili insufficiente ai fini di una corretta valutazione dei flussi di spesa. Tale considerazione è valida peraltro anche in sede di analisi storica in quanto, fin dalla nascita del sistema mutualistico (1925), la dinamica della *partita finanziaria* è stata caratterizzata da: sottofinanziamento strutturale, carenza di strumenti di controllo della spesa da parte degli erogatori periferici e del livello istituzionale sovraordinato, e permissivismo nella costituzione di disavanzi crescenti. A questi «disfunzionamenti», di cui chiari ed evidenti sono stati gli effetti distorsivi sulla capacità di gestione delle risorse (per la quale sono indispensabili

validi strumenti di programmazione e controllo) e quelli destabilizzanti nei confronti dell'equilibrio finanziario del paese, il decisore politico ha costantemente fatto fronte introducendo ampi cambi strutturali e di *sistema* (riforme degli assetti organizzativi rimaste peraltro largamente incompiute), ma rinunciando ad incidere sui meccanismi di controllo della spesa e quindi omettendo quella che Ovretveit considera invece una parte fondamentale e insostituibile del ciclo della qualità ovvero la qualità gestionale (Ovretveit, 1966). È questa, a nostro giudizio, una condizione che permane tuttora e che risulta aggravata dalla mancanza ancora oggi di un efficace sistema di *reporting* dalla periferia al centro che consenta di valutare, in tempi accettabili, l'andamento della spesa in ogni singolo ambito regionale. A questo si aggiunga che le Regioni, in alcune circostanze, possono essere indotte ad occultare, per quanto possibile, i reali deficit di bilancio; tutto questo per non incorrere nelle penalità dovute al mancato rispetto del patto di stabilità, (condizione all'ordine del giorno oggi) rimandando l'emersione del disavanzo a tempi più opportuni e qualora si profili la disponibilità di ripiani da parte dello Stato. La carenza di questo meccanismo di *feedback* tra centro e periferia ha indotto a sua volta il governo ad adottare, a partire dall'anno 2001, come unici strumenti possibili di controllo della spesa, una serie di provvedimenti legislativi (legge 405 e 112 e Finanziarie per il 2003 e 2004) attraverso i quali l'erogazione completa delle somme pattuite, (in modo particolare quelle definite in sede di Accordo del giorno 8 agosto 2001) è stata subordinata a complesse verifiche *a posteriori* sul rispetto del patto di stabilità interno da parte di ciascuna Regione¹. Tali verifiche hanno

¹ Il Patto di stabilità, la cui prima formulazione risale alla legge 488/98, è nato ai fini del perseguimento di quegli obiettivi di convergenza e di stabilità imposti dal trattato di Maastricht e indispensabili per la nostra partecipazione alla Ue; successivamente i vincoli previsti dal provvedimento sono stati estesi, con gli accordi di Amsterdam del giugno-luglio 1997, anche alle Regioni ed enti locali considerati al pari di Stati partecipanti alla Uem. Il Patto di stabilità è stato successivamente aggiornato da ulteriori provvedimenti tra cui la Legge finanziaria per il 2003 (legge n. 289 del 27 dicembre 2002) che, con l'articolo 29, ha accentuato ulteriormente gli interventi tesi al contenimento del debito pubblico: «Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, ciascuna Regione a statuto ordinario, ciascuna Provincia e ciascun Comune con popolazione superiore a 5.000 abitanti concorre alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2003-2005 adottati con l'adesione al Patto di stabilità e crescita, nonché alla condivisione delle relative responsabilità».

comportato ritardi nei tempi di effettuazioni con conseguenze gravi sulla liquidità di tutte le Regioni (anche le virtuose) che sono state costrette alla accensione di mutui per fare fronte alle spese di parte corrente (causa anche il permanere del meccanismo di finanziamento tramite «dodicesimi», assai penalizzante dal punto di vista della disponibilità di «cassa»); da queste esposizioni creditizie sono derivati pesanti oneri per il pagamento degli interessi connessi; somme aggiuntive che hanno contribuito, in una vite senza fine, ad incrementare ulteriormente il disavanzo. Il risultato complessivo di questi meccanismi è stato quello di rendere ancora più arduo fare programmazione e sviluppare una politica gestionale di qualità².

2. Una breve ricostruzione storica

La storia del nostro sistema sanitario deve dunque essere analizzata a partire anche da questi elementi di natura finanziaria, spesso trascurati, di cui è invece evidente il forte legame con le scelte di tipo più propriamente politico; per avere un quadro coerente dello sviluppo del nostro principale istituto del *welfare state* bisogna dunque ricondurre

² Su tali aspetti si è lungamente soffermata la Corte dei Conti nelle sue relazioni sulla gestione finanziaria delle Regioni degli anni 2001-2002: «come tale sistema, originato da esigenze nazionali, venga a coinvolgere di necessità le contabilità regionali, offuscando, non di poco, la trasparenza dei conti pubblici tramite il reiterato rinvio nella sistemazione contabile di partite finanziarie, le quali a fine gestione restano fuori dalla parte effettiva del bilancio. Sotto altro aspetto è altresì da notare come non infrequente sia lo sfasamento temporale di assegnazioni statali e di finanziamenti connessi a esigenze spesso non prorogabili; il che crea non poche difficoltà alle amministrazioni pubbliche e in particolare alla programmazione regionale degli interventi, la cui attuazione resta condizionata da meccanismi procedurali che rallentano i trasferimenti delle risorse di cassa dal bilancio statale e/o intralciano il prelievo nei propri conti di tesoreria. Va pure rilevato come gran parte dei finanziamenti attribuiti alle Regioni, abbia sino ad oggi risentito di un sistema caratterizzato da decisioni annualmente adottate in sede di formazione della legge finanziaria nazionale e della legge di bilancio dello Stato. Di qui le incertezze e le difficoltà nella impostazione dei bilanci regionali destinati ad essere reiteratamente modificati per tenere dietro alle esigenze di riaggiustamenti contabili di livello nazionale. Soprattutto il metodo della programmazione pluriennale ha scontato la precarietà previsionale delle stime, private del sostegno di obiettivi coordinate di referenza» (Corte dei Conti, 2000, p. 117).

all'unità questi due diversi piani di lettura, anche se in questo breve saggio l'analisi delle trasformazioni del modello organizzativo potrà essere trattata solo nelle sue linee essenziali³.

Entrando nel merito di questa breve ricostruzione è opportuno ricordare come l'istituzione del Ssn sia avvenuta con colpevoli ritardi rispetto agli altri paesi europei (Germania, Francia e Regno Unito) essendo nata solo 25 anni fa con il varo della legge 833/1978 di riforma sanitaria. Questo provvedimento, lungamente atteso e fortemente voluto dalla società civile, mandò finalmente in soffitta il preesistente sistema mutualistico che aveva prodotto ingenti disavanzi da parte delle mutue nei confronti degli ospedali (pari a 4 mila miliardi in soli sei anni) e che furono ripianati dal governo sotto forma di prestiti obbligazionari (Guzzanti, 1999).

In realtà il sistema mutualistico era ormai completamente inadeguato rispetto alla nostra società che, al pari del resto di Europa, doveva affrontare un cambio paradigmatico nella *patocenosi* delle malattie: da quelle di antico radicamento (malaria, tbc, denutrizione, tracoma, legate a povertà e all'economia rurale) a quelle della modernità (malattie cardiovascolari, diabete, neoplasie e malattie e infortuni professionali tipiche delle società industrializzate) (Luzzi, 2004). Le mutue infatti non soltanto erano incapaci di garantire una completa universalità di accesso e omogeneità di trattamento per tutti i cittadini (essendo legate alla diversa professione svolta e offrendo prestazioni fortemente differenziate al loro interno), ma soprattutto non erano in grado di promuovere efficaci azioni di prevenzione, essendo queste totalmente estranee alla logica di un sistema di tipo assicurativo, basato sulla erogazione di prestazioni solo al verificarsi dell'evento morboso oggetto del vincolo contrattuale.

Con la legge di Riforma sanitaria istitutiva del Servizio sanitario veniva colmato, dopo aspre resistenze opposte da larga parte del ceto politico, un vuoto legislativo che, nonostante la confusa legislazione del ventennio fascista e degli anni della ricostruzione post-bellica, risaliva di fatto al secolo precedente; basta considerare infatti che la legge Crispi sulle «Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza Ipub» (legge n. 6972), il primo e altrettanto avversato tentativo legislativo di riordinamento complessivo dell'assistenza, risaliva al 17 luglio del 1890 (Petri, 1984, pp. 338 e ss.; Soresina, 1987).

³ Ai fini di una ricostruzione storica della sanità del nostro paese il libro di Luzzi (2004) appare uno strumento particolarmente utile per l'ampiezza della documentazione e la coerenza delle tesi in esso sostenute.

Dalla sua nascita, il Ssn ha vissuto un periodo di stabilità legislativa per circa tre lustri (caratterizzato da un incredibile sovrappeso applicativo che ne ha fortemente compromesso l'efficacia e che è emblematicamente rappresentato dal ritardo di 15 anni con cui fu emanato il primo Piano sanitario nazionale), dopodiché è stato sottoposto nell'arco dei successivi 10 anni a una serie di controriforme e riforme (in larga parte ancora incompiute) che hanno coinvolto tanto *il modello di organizzazione e gestione* che *le modalità di finanziamento*, revisioni e aggiustamenti che, tuttavia, lungi dall'aver chiarito il quadro, hanno invece introdotto altri elementi di confusione.

3. Le revisioni del modello organizzativo

Dal punto di vista del modello organizzativo i provvedimenti legislativi che hanno introdotto i cambiamenti strutturali di rilievo sono stati fondamentalmente: il d.lgs. 502 del 1992, (la prima vera controriforma di stampo neoliberista, il cui «merito» è attribuibile al ministro De Lorenzo), il d.lgs. 517 del 1993, (con cui vennero mitigate alcune storture e fu meritoriamente rimandata *sine die* la nascita del sistema assicurativo sostitutivo), il d.lgs. 229 del 1999 e infine la legge di riforma costituzionale del Titolo V del 2001 che ha trovato attuazione a seguito dell'approvazione della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Rimane naturalmente aperta la questione relativa alla nuova legge di riforma costituzionale recentemente approvata dalla Camera i cui esiti in relazione al mantenimento dell'unitarietà e universalità del sistema destano allarme e preoccupazione crescenti in forze politico-sociali, in studiosi della materia (tra cui da segnalare gli illuminanti interventi di Andrea Manzella (2004) e, da ultimo, nella stessa Associazione italiana dei costituzionalisti.

4. Le modifiche nel sistema di finanziamento

Dal punto di vista invece delle modifiche al *sistema di finanziamento* del Ssn il primo provvedimento di rilievo è stata l'introduzione con la legge 41/1986 della cosiddetta «Tassa della salute»: un contributo per il Ssn che veniva commisurato al reddito complessivo da lavoro, dominicale e da capitale. Successivamente con la legge delega 662/1996, e relativo d.lgs. 446/1997, come modificato dalla legge 137/1998, sono

stati introdotti nuovi tributi (Irap, addizionale regionale sull'imponibile ai fini Irpef, accisa sulla benzina, sovrattassa sui veicoli a motore e sul consumo di gas). Tale dispositivo ha certamente rappresentato una novità di rilievo in quanto, con esso, ha trovato abolizione la tanto aversata tassa per la salute e il prelievo fiscale è stato legato all'attività produttiva: pubblica, d'impresa o individuale e non più al reddito individuale. È stato così stabilito un legame, prima inesistente, tra il reddito prodotto a livello regionale e il dimensionamento del Fondo sanitario regionale; con lo stesso provvedimento i trasferimenti da parte dello Stato sono stati sostituiti da compartecipazioni al gettito di tributo erariali, sebbene il Fsn abbia continuato a svolgere una decisiva funzione di riequilibrio.

La vera svolta legislativa dal punto di vista del riordino complessivo del sistema di finanziamento tuttavia, è avvenuta nel corso del 2000 con l'emanazione del d.lgs. 56/2000. Con tale provvedimento legislativo infatti avrebbe dovuto trovare applicazione una serie di misure profondamente innovative rispetto al passato: da un lato, la definitiva abolizione di tutti i trasferimenti erariali, e in particolare quelli relativi al finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente (al netto delle somme vincolate e di quelle a favore di alcuni enti del servizio sanitario nazionale per specifici obiettivi previsti da leggi speciali), e la loro sostituzione da parte di: *a*) compartecipazione regionale all'Iva con aliquota del 38,5%, *b*) incremento dell'aliquota di base dell'addizionale Irpef da 0,5% a 0,9%, *c*) incremento alla compartecipazione all'accisa della benzina da 242 a 250 lire al litro; dall'altro, l'introduzione di un fondo perequativo nazionale finanziato con parte della quota di compartecipazione all'Iva a vantaggio delle Regioni con minore capacità fiscale a cui si doveva accompagnare, limitatamente al triennio 2001-2003, l'istituzione di un fondo di garanzia a tutela delle Regioni, nell'eventualità che le entrate relative all'Irap e addizionale Irpef, risultassero a consuntivo minori di quanto preventivato in sede di Dpef.

Il d.lgs. 56/2000, tuttavia (perpetuando quella tradizione tipicamente italiana dell'incompiutezza applicativa delle leggi emanate) è rimasto di fatto totalmente disatteso: nonostante, infatti, l'avvio del nuovo sistema di finanziamento fosse stato previsto a partire dal 1° gennaio 2001, la procedura adottata per la ripartizione delle risorse per il 2001, anno di transizione, non è mutata rispetto all'anno precedente.

Pari rallentamento ha avuto l'attuazione di quanto veniva previsto per il 2002, secondo anno di operatività, in cui un primo 5% delle risorse avrebbe dovuto essere ripartito in base alla capacità fiscale e avrebbe

dovuto cominciare a operare il meccanismo di perequazione introdotto con lo stesso decreto legislativo (circa 12.000 miliardi di lire). E infatti è soltanto nel maggio 2004 che ha trovato emanazione il d.p.c.m. di riparto di dette risorse con un meccanismo tuttavia che è stato duramente contestato dalle Regioni del Sud (*in primis* la Puglia) in quanto considerato economicamente penalizzante nei loro confronti. A questo ha fatto seguito l'impugnazione del provvedimento di fronte al Tar a cui il governo ha a sua volta risposto preannunciandone il ritiro e promettendo una celere riscrittura della legge 56, divenuta di fatto incompatibile con il nuovo quadro di riforma costituzionale previsto dal novellato Titolo V. Il d.lgs. 56/2000 in ogni caso avrebbe dovuto rimuovere un'altra anomalia presente nel nostro ordinamento che ha contribuito a penalizzare il finanziamento della sanità agendo su un altro fronte, ovvero su quello relativo alle modalità di riparto tra le Regioni delle risorse messe a loro disposizione.

5. *La definizione del fabbisogno*

In base alle norme vigenti infatti il fabbisogno sanitario delle Regioni viene stabilito attraverso la definizione della quota capitaria. Questa a sua volta viene determinata dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (Cipe), su proposta del ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, che stabilisce i pesi da attribuire a diversi elementi di rilievo.

Gli elementi che vengono presi in considerazione a tale fine sono: popolazione residente; frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori relativi a particolari situazioni e indicatori epidemiologici territoriali così come disposto dall'art. 1 comma 34 della legge 662/1996 (Finanziaria per il 1997)⁴.

In base all'art. 39 commi da 1 a 3 del d.lgs. 446/1997⁵ l'assegnazione

⁴ Nell'ambito delle modalità di riparto il diverso peso da attribuire alla popolazione anziana presente in ciascun ambito regionale ha rappresentato un elemento di scontro tra Regioni settentrionali e meridionali che ha impedito in diverse occasioni il raggiungimento dell'intesa.

⁵ Il comma 1 dell'articolo 39, «Ripartizione del Fondo sanitario nazionale» prevede che «Il Cipe, su proposta del ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle Regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte cor-

del fondo sanitario nazionale avviene con delibera Cipe su proposta del ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, dapprima in via provvisoria a titolo di acconto, ed entro febbraio in via definitiva. Il ministro del Tesoro (oggi dell'Economia e delle Finanze) concede anticipazioni mensili nei limiti di un dodicesimo delle quote spettanti. Nelle more della deliberazione del Cipe le anticipazioni mensili sono commisurate all'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale Irpef e dell'Irap (quindi di importi assai inferiori a quanto spettante). Il comma 6 dell'art. 13 del d.lgs. 56/2000 avrebbe dovuto far cessare tali disposizioni a partire dal 2001; nella legge si prevedeva infatti che il ministro del Tesoro (dell'Economia e delle Finanze) fosse autorizzato a concedere anticipazioni sufficienti, insieme con gli accreditamenti Irap e dell'addizionale all'Irpef, ad assicurare l'ordinato finanziamento della spesa sanitaria corrente.

La mancata applicazione della legge ha fatto in modo che restasse operativo il vecchio meccanismo basato sui dodicesimi con una aggravante aggiuntiva, secondo il parere espresso dai presidenti delle Regioni (Conferenza dei presidenti delle Regioni, 2004): sulla base della normativa vigente (dato l'ammontare del finanziamento per i fabbisogni della sanità pubblica così come previsto dall'accordo dell'8 agosto 2001, di cui si parlerà diffusamente in seguito) l'effettiva erogazione delle risorse in dodicesimi mensili avrebbe dovuto avvenire parametrando le quote da erogare sulla base delle quantificazioni previste dall'accordo del 3 agosto 2000 moltiplicate per i coefficienti previsti dalla legge 388/2000 (Legge finanziaria per l'anno 2001). In realtà le erogazioni non hanno rispettato tali parametri ma sono risul-

rente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di cui all'articolo 50 e della quota del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive, di cui all'articolo 38, comma 1, stimati per ciascuna Regione. Il Cipe con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle Regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogate per il medesimo anno». Il comma 3 stabilisce che «Alla copertura dell'eventuale differenza tra l'ammontare dei gettiti di cui al comma 1 previsti in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale e quello effettivamente riscosso dalle Regioni, si provvede mediante specifica integrazione del Fondo sanitario nazionale quantificata dalla Legge finanziaria».

tate inferiori in quanto nel 2002 le anticipazioni sono state commisurate al 2001 e nel 2003 le somme anticipate sono state parametrizzate al 2001 + 3,5%, (mentre in base alla Legge finanziaria 388/00 sarebbe spettato un ulteriore adeguamento del 3,45%). La differenza fra l'intero finanziamento e quanto effettivamente erogato è stata trattenuta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze che sblocca tali risorse solo dopo un monitoraggio degli adempimenti previsti dall'accordo dell'8 agosto 2001 e delle operazioni di contenimento della spesa attivate dalle singole Regioni. Solo le Regioni adempienti agli obblighi previsti originariamente dall'accordo dell'8 agosto 2001 e successivamente aggiornati e integrati dalla legge 405/2001 possono avere accesso all'integrazione.

Per i presidenti delle Regioni, dunque, il combinato disposto di tali norme ha creato un quadro disciplinare molto complesso capace di generare situazioni di *empasse* potenzialmente pericolose per l'ordinato finanziamento e per l'erogazione dei servizi a causa proprio del sotto-finanziamento che esso determina.

A fine 2003 infatti le Regioni lamentavano che la mancata erogazione di cassa ammontava per il 2002 a 7,867 miliardi di euro (differenza tra risorse dovute nella misura di 75.597 milioni di euro e risorse erogate pari a 67.730 milioni di euro) e per i primi dieci mesi del 2003 a circa 7.000 miliardi di euro; i costi aggiuntivi indotti dagli interessi maturati sui mutui per lo stesso periodo erano invece pari a 276 milioni di euro (Conferenza dei presidenti delle Regioni, 2003). Il saldo negativo è ancora cresciuto nel 2004 raggiungendo ad ottobre quota 13 miliardi di euro (Bissoni, comunicazione personale).

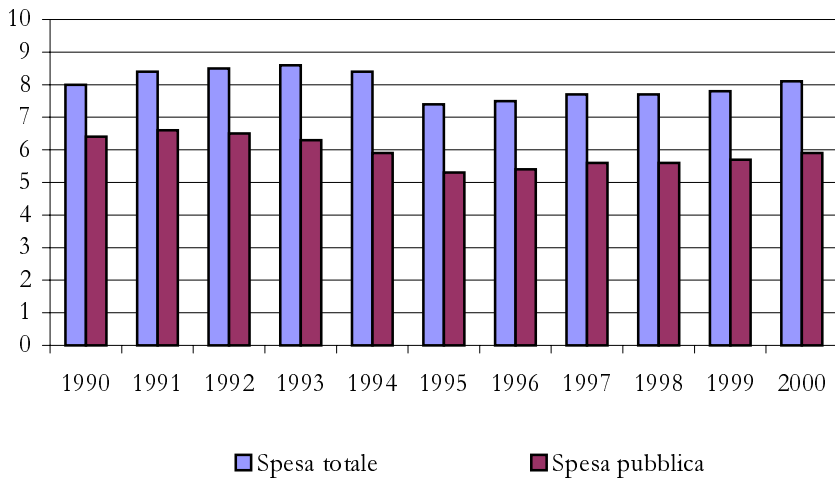
6. *Il rapporto finanziamento/spesa in sanità*

In questo lavoro dunque l'analisi del rapporto finanziamento/costi del servizio sanitario sarà concentrata in modo particolare sul periodo 2001-2004. E questo non solo per motivi di spazio, ma soprattutto perché il quadriennio considerato si è fortemente caratterizzato, rispetto al passato, per l'avvenuta stipula, tra Stato, Regioni e Province autonome, dell'accordo del giorno 8 agosto 2001. Un patto, questo, con cui ci si proponeva di imprimere un cambiamento di rotta nei meccanismi di finanziamento del sistema risolvendo al contempo la questione del debito pregresso. Prima di affrontare l'argomento, tuttavia, è indispensabile richiamare (al fine di chiarirne l'esatta dinamica

e sottolinearne alcune problematiche, passate troppo spesso sotto silenzio) l'andamento storico della spesa del nostro paese a partire dai primi anni '90.

La figura 1, come anche le tabelle e i grafici successivi, illustrano chiaramente come nel periodo 1990-2000 il livello del finanziamento abbia mostrato, a partire dal 1992, un andamento progressivamente decrescente fino al 1997 (anche rispetto ad altri paesi e alla media europea) per presentare una inversione di tendenza solo a partire dal 1978. In particolare nel periodo 1992-1997 il finanziamento totale per la sanità ha evidenziato, a fronte di una crescita del Pil dell'1,2%, una contrazione di segno opposto pari a -0,4%; a tale risultato ha tuttavia contribuito, in maniera quasi esclusiva, una consistente contrazione del finanziamento pubblico (con un valore di -1,7%) mentre è risultata aumentata in modo speculare e con effetti sostitutivi-compensatori la quota privata a diretto carico del cittadino. Tale linea di tendenza negativa ha presentato una inversione solo a partire dal 1997, rendendo così possibile che, all'inizio degli anni 2000, il livello di finanziamento pubblico ripristinasse i valori registrati nei primi anni '90.

Figura 1 - Spesa sanitaria totale e pubblica rispetto al Pil (anni 1990-2000)

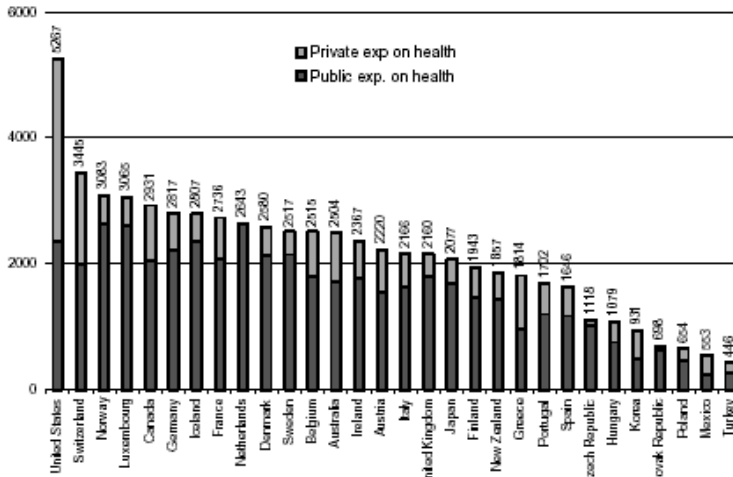


tab 1

RPS

Roberto Polillo

Figura 2 - Il confronto con gli altri paesi relativamente al 2002



Australia, Giappone, Corea 2001; Turchia 2000.

Netherlands (Paesi Bassi): la suddivisione tra spese sanitarie totali private e pubbliche non è disponibile.

La parità di potere d'acquisto è ottenuta attraverso un tasso di conversione che rende comparabile il costo di un dato paniere di beni e servizi in diversi paesi, consentendo il confronto della spesa sanitaria.

Fonte: Oecd, *Health Data 2004*, prima edizione.

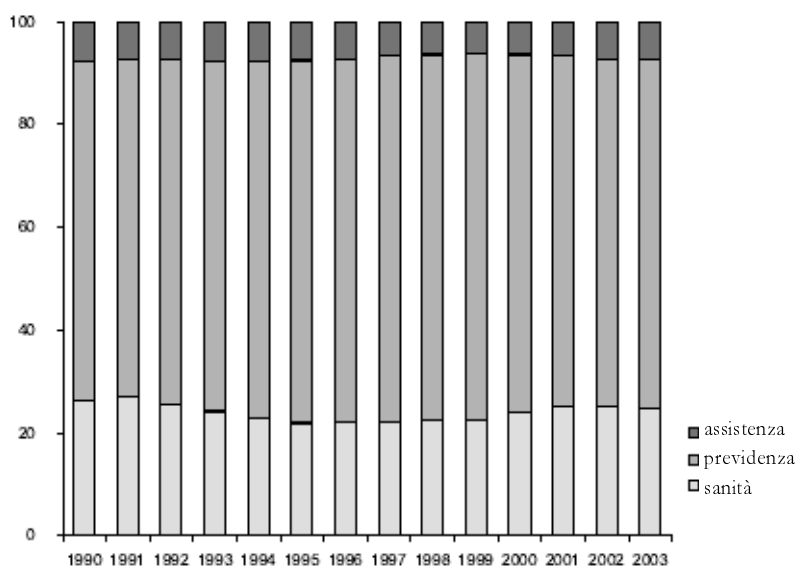
Tabella 2 - Tasso di crescita medio annuo spese totali e sanitarie e Pil, 1992-2002

	Spese sanitarie totali		Spese sanitarie pubbliche		Pil	
	1992-1997	1997-2002	1992-1997	1997-2002	1992-1997	1997-2002
Australia	3,8	4,4	4,3	4,6	2,9	2,6
Austria	1,5	2,5	0,5	2,5	1,3	2,2
Belgio	3,1	3,0	-	3,4	1,6	1,8
Canada	-0,3	4,7	-1,4	4,6	2,0	3,1
Danimarca	1,7	3,2	1,5	3,4	2,3	1,8
Finlandia	-1,6	3,2	-2,5	3,0	2,8	3,1
Francia	1,5	3,1	1,4	3,1	0,8	2,3
Germania	2,2	1,8	1,8	1,7	0,7	1,5
Giappone	3,6	3,5	4,5	3,5	1,4	0,3
Grecia	5,0	3,8	4,4	3,8	1,3	3,6
Irlanda	4,8	9,8	5,7	9,9	6,8	7,1
Islanda	1,7	6,3	1,4	6,4	2,2	2,3
Italia	-0,4	3,4	-1,7	4,4	1,2	1,5
Giappone	3,6	3,5	4,5	3,5	1,4	0,3
Rep. Ceca	8,0	2,7	7,1	2,6	2,3	1,7

Fonte: Oecd, *Health Data 2004*.

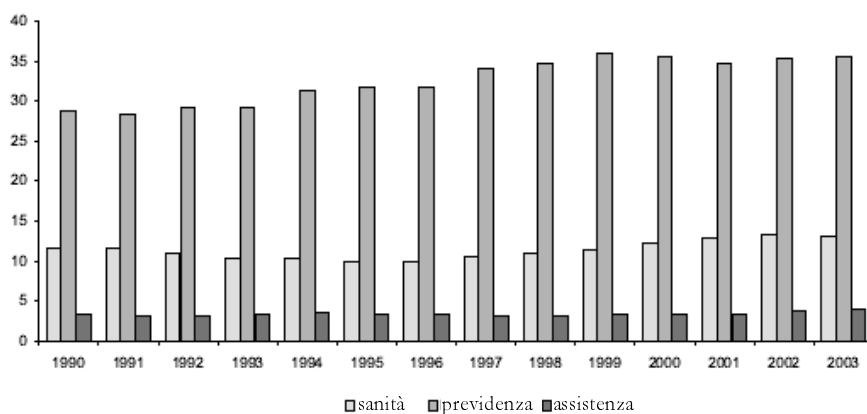
Questi dati sono stati ampiamente confermati anche dall'Istat (2003) nel capitolo del suo *Rapporto Annuale 2003* dedicato alle «Trasformazioni del sistema del welfare». Nella pubblicazione l'istituto ha infatti evidenziato come per il periodo 1990-2003 la struttura della spesa pubblica per l'insieme delle prestazioni di protezione sociale sia risultata sostanzialmente stabile senza registrare particolari variazioni (figure 3 e 4). Di tale spesa la parte più consistente, come già ampiamente noto, è stata dedicata alla previdenza, che ha assorbito dal 1990 al 1999 quote crescenti delle risorse disponibili e decrescenti negli ultimi due anni (65,9% nel 1990, 70,6 nel 1995, 69,6 nel 2000 e 67,8 nel 2003). Le prestazioni sanitarie hanno invece assorbito quote decrescenti di spesa della protezione sociale nella prima metà del periodo per poi crescere nella seconda (26,4% nel 1990, 21,9 nel 1995, 24,0 nel 2000 e 24,8 nel 2003); infine l'assistenza ha registrato livelli stabili per tutto il periodo (7,7% nel 1990, 7,5 nel 1995, 6,45 nel 2000 e 7,4 nel 2003). Alla spesa privata cosiddetta *out of pocket* si deve poi aggiungere quella contratta per la stipula di assicurazioni private (valutabile all'incirca nel 4%) che porta il valore complessivo della spesa privata al 27% della spesa totale (a fronte del restante 73% di copertura pubblica).

Figura 3 - Spesa per prestazioni di protezione sociale delle amministrazioni pubbliche per settore di intervento - Anni 1990-2003 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, *Conti e aggregati economici delle amministrazioni pubbliche*, Serie Sec95.

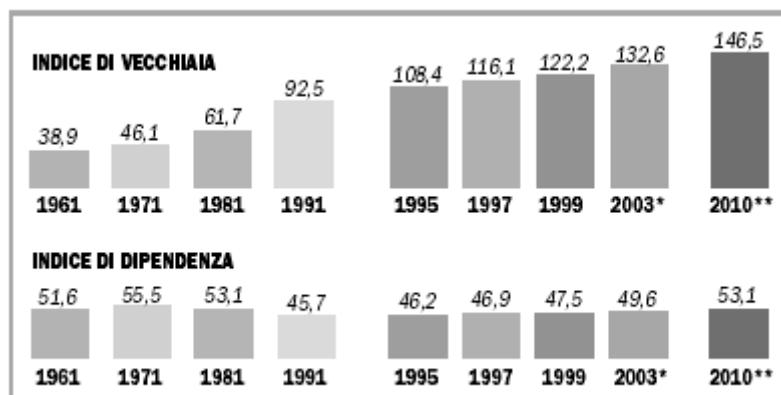
Figura 4 - Spesa per prestazioni di protezione sociale delle amministrazioni pubbliche per settore di intervento - Anni 1990-2003 (in percentuale della spesa pubblica corrente)



Fonte: Istat, *Conti e aggregati economici delle amministrazioni pubbliche*, Serie Sec95.

Per il nostro servizio sanitario tuttavia tale livello di finanziamento pubblico si è dimostrato nei fatti assolutamente insufficiente; ha infatti pesato in tale senso la radicale modifica che ha investito i principali parametri socio-economici (di seguito brevemente ricordati) che rappresentano di per sé un potente e fisiologico moltiplicatore di spesa ed un elemento di destabilizzazione intrinseco al sistema: l'alto grado di industrializzazione del paese; l'inversione della piramide demografica causa del prevalere di una popolazione progressivamente più anziana (figura 5); l'implementazione della tecnologia sanitaria ad alto costo; il rafforzamento delle capacità decisionali e contrattuali dell'utente determinate dallo sviluppo nel nostro paese del consumismo e della fine del modello paternalistico di assistenza. A questi si deve poi aggiungere il cambio di *patocenosi* registrato negli ultimi decenni con l'affermazione delle malattie della «terza fase» ad impronta cronico-degenerativa (Parkinson, Alzheimer) (Luzzi, 2004) da cui derivano problemi di assistenza di lunga durata (e quindi di costi agguintivi) a cui il servizio sanitario nazionale non è ancora assolutamente preparato.

Figura 5 - Censimenti 1961-1991 e 1° gennaio 1995-2010



*stime **previsioni

Indice di vecchiaia

Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni di età, per 100.

Indice di dipendenza

Rapporto tra popolazione in età non attiva (fino a 14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (tra i 15 e 64 anni), per 100.

Fonte: Istat, *Italia in cifre*, 2003.

Tale fatto, del resto, era stato già chiaramente evidenziato dal Fondo monetario internazionale (Fmi) che, in un *report* del 2000 dedicato al nostro paese e al livello di efficienza del servizio sanitario, aveva messo in dubbio la possibilità che il sistema potesse sopportare ancora a lungo la condizione di cronico sottofinanziamento dei primi anni '90 (Fondo Monetario Internazionale, 2000). In particolare il Fmi riteneva non sostenibile la *trend* decrescente registrato dalla spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil in quanto esso era indipendente dall'adozione di meccanismi virtuosi di corretta gestione ma era connesso ad una contrazione del livello del finanziamento denso di effetti distorsivi per il futuro: «However, a part of the reduction in public health care expenditure achieved in the first half of the 1990s may not have been sustainable. The share of public health expenditure in Gdp started to increase after 1995, offsetting one-fourth of the reduction achieved earlier. This increase was partly related to weak growth and the conti-

tab 3

tab 3

RPS

Roberto Polillo

nued increase in the share of elderly population, but also to the way the reduction in health care expenditure was achieved and [...] the way health care costs were budgeted and financed. In 1996 and 1997, the overruns in public health care expenditure were sizable, mostly financed by unpaid obligations to private suppliers» (Fmi, 2000, p. 90).

In effetti la condizione di sottofinanziamento del Ssn evidenziata dal Fmi (parzialmente giustificabile alla luce dei drammatici eventi che portarono nel 1992 alla svalutazione della lira) è stata possibile solo perché accompagnata dal consolidarsi dei due effetti compensativi richiamati: la crescita della spesa privata a diretto carico del cittadino, attestatasi in breve tempo al livello più alto raggiunto in Europa, e il consolidamento di un debito crescente a carico delle Regioni.

Per quanto concerne il primo aspetto l'Istat fa notare, nel rapporto già citato, come nel periodo 1991-2001 la spesa sanitaria di competenza pubblica sia passata da 47 miliardi di euro a 74, e come nello stesso periodo la spesa a carico delle famiglie sia cresciuta da 10 a 22 miliardi. All'aumento della spesa a carico delle famiglie è corrisposta una sensibile diminuzione della quota di spesa pubblica a gestione diretta, diminuita dal 50,3% del 1991 al 46,2 del 2001. Si è osservato inoltre un lieve calo della spesa per l'assistenza erogata in regime di convenzione che perde poco più di un punto percentuale. Tra le Regioni quelle in cui la spesa privata è risultata più alta sono quelle del Nord, la cui percentuale sul totale della spesa è passata dal 18,7% nel 1991 al 25,5 nel 2001.

Per l'Istat, in conclusione delle sue analisi, quello che emerge con chiarezza è un vero e proprio processo di «privatizzazione» del sistema, sia dal lato dell'erogazione dei servizi sia da quello della spesa sostenuta dai cittadini.

7. Il cumulo del debito pregresso

In rapporto invece al secondo aspetto relativo al disavanzo complessivamente contratto dalle Regioni, una sua quantificazione in oltre 60.000 miliardi di lire è stata effettuata dalla Corte dei Conti, nella sua relazione per l'anno 2002 (Corte dei Conti, 2003). Una somma enorme questa, che di fatto ha svolto una funzione vicaria di espansione del finanziamento senza il quale difficilmente i livelli di assistenza avrebbero potuto essere garantiti. Nelle tabelle 4 e 5, tratte dalla stessa relazione, viene evidenziato tanto l'importo complessivo dell'indebita-

mento, suddiviso nelle diverse quote di spettanza tra Stato e Regioni, tanto i diversi periodi di gestione finanziaria con i provvedimenti legislativi assunti ai fini del ripiano stesso.

Tabella 4 - Disavanzi 1994/2001

Disavanzi fino al 3/12/ 94	Disavanzi 1995/97	Disavanzi 1998/99	Disavanzi 2000/01	Totale Disavanzi
-4.523	-15.758	-17.642	-22.247	-60.170

Fonte: Corte dei Conti, 2002.

Tabella 5 - Ripiano e debito residuo a carico delle Regioni

Ripiani					Totale ripiani	Debito residuo a carico delle Regioni	
L. 39/99 e L. 498/99	Accordo 3 agosto 2000 e 1° luglio 2001			Accordo 8 agosto 2001			
	1 ^a tranche anno 2001 acconto	2 ^a tranche anno 2002 stima	3 ^a tranche anno 2003 stima	Ripiano (2000)	Integrazioni (2001)		
6.000	7.000	6.000	3.000	2.700	6.606	31.306	28.752

Fonte: Corte dei Conti, 2002.

Su questo stesso tema la Corte dei Conti è poi nuovamente intervenuta, aggiornando con la recentissima relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni per il 2003 la sua rilevazione dei dati relativa anche al 2002-2003 precedentemente non considerato (Corte dei Conti, 2004). Complessivamente nel quinquennio 1999-2003 il debito totale a carico delle Regioni è passato dai 7.893,7 milioni di euro del 1999 ai 15.992,6 milioni di euro del 2003, di cui 9.075 milioni per la sanità, con un incremento pari al 100%, mentre il debito totale a carico dello Stato è passato da 6.506 milioni di euro del 1999 ai 12.965 milioni di euro di cui 1.588 per la sanità.

I dati dunque confermano ulteriormente l'instabilità intrinseca del sistema, l'inefficacia dei provvedimenti finora assunti, l'inadeguatezza delle risorse messe a disposizione e quindi l'altrettanto assoluta necessità di procedere ad un loro dimensionamento coerente alle reali esigenze.

Tabella 6 - Indebitamento delle Regioni a S.O.: consistenza al 31 dicembre anni 1999-2003

Anno	A carico della Regione: totale (mutui e obbligazioni)	Di cui sanità	A carico dello Stato: totale	Di cui sanità	Totale debito Stato + Regioni	Totale di cui sanità
1999	7.893,7	3.660,1	6.506,9	3.813,5	14.400,6	7.473,6
2000	9.793,0	4.507,0	7.382,6	2.933,7	17.175,6	7.440,7
2001	11.220,2	5.816,4	9.291,3	2.436,4	20.511,5	8.252,8
2002	13.876,4	7.986,5	12.761,9	1.910,5	26.638,3	9.897,0
2003	15.992,6	9.075,5	12.965,6	1.588,2	28.958,3	10.663,7

Fonte: Corte dei Conti, 2004.

8. Gli accordi tra Stato, Regioni e Province autonome degli anni 2000 e 2001 e relativi dispositivi legislativi

Abbiamo già detto come il triennio 2001-2003 sia stato fortemente caratterizzato, rispetto al periodo immediatamente precedente, dalla stipula di importanti accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni a cui ha fatto da accompagnamento il varo di una serie di provvedimenti legislativi relativi al finanziamento e ancora di più al contenimento dei costi della sanità.

In particolare nel corso del biennio 2000-2001 sono stati siglati tra governo centrale ed enti territoriali tre accordi con cui è stato ridefinito il livello di finanziamento pubblico messo a disposizione per la sanità (nel tentativo di pervenire ad uno stanziamento tendenzialmente in linea con le reali necessità), e concordata, in relazione al disavanzo registrato (appena illustrato), la definizione esatta delle quote di ripiano di spettanza dello Stato e delle Regioni.

I primi accordi, risultati in realtà come vedremo ancora lontani da una

definitiva soluzione del problema, furono siglati il giorno 3 agosto 2000 e il giorno 22 marzo 2001⁶. Di questi il primo fu recepito dal punto di vista legislativo nella attuazione della Legge finanziaria 2001

⁶ Con l'accordo del giorno 3 agosto 2000 vennero assunte importanti decisioni tra cui: *a*) si definì che l'accollo da parte delle Regioni dei travalicamenti di spesa rispetto ai finanziamenti sarebbe avvenuto solo a partire dall'anno 2000; *b*) si stabilì un ulteriore finanziamento pari a lire 3.000 miliardi per i debiti contratti sino all'anno 1999; la somma si andò ad aggiungere ai 13.000 miliardi già previsti con la finanziaria 2000 (tab. A, legge 23/12/1999, n. 488). Tali impegni trovarono concreta attuazione con la legge 388/2000 (Legge finanziaria 2001) che ha stanziato la somma complessiva di 16.000 miliardi. Successivamente con il decreto legge 19 febbraio 2001 n. 17, convertito con modificazione con la legge n. 129, si dispose un primo riparto tra le Regioni della somma stanziata da erogare in tre successive *tranches* (tabella 17) di cui: 7.000 miliardi nel 2001 da erogare successivamente all'accertamento da parte delle Regioni dei disavanzi con le modalità previste dalla legge 21/97; 6.000 miliardi nel 2002 e 3.000 miliardi nel 2003. La liquidazione dei 9.000 miliardi riservati agli anni 2002 e 2003 fu tuttavia subordinata alla adozione da parte delle Regioni di provvedimenti per la copertura della parte di disavanzo a loro carico. Vennero ridefiniti i fabbisogni sanitari relativi agli anni 2000 e 2001 nei seguenti termini: 1) per l'anno 2000: il fabbisogno venne ridefinito in lire 124.000 miliardi con un'integrazione di 6.860 miliardi rispetto al precedente determinato in lire 123.000 miliardi; 2) per l'anno 2001 il fabbisogno viene ridefinito in 129.000 miliardi (+4%, -5000 miliardi in v.a. sui fondi 2000); tale importo è stato successivamente rideterminato con una integrazione di lire 2.000 miliardi dei quali 1.990 miliardi previsti in finanziaria (articolo 85, comma 6) e le rimanenti somme con l'assestamento del bilancio 2001; il fabbisogno viene pertanto complessivamente rideterminato in lire 131.000 miliardi: vennero sbloccati 1.614 miliardi accantonati sul Fsn 1999 (pari a 1,5%) condizionati alla sottoscrizione di programmi di rientro. Vennero riassegnati per le annualità 1999 e 2000 1.005 miliardi e 170 miliardi per obiettivi di piano a compensazione di precedente riduzione. Vennero previsti investimenti pari a 200 miliardi per la creazione di strutture da adibire alla libera professione intramuraria del personale della dirigenza sanitaria, in aggiunta all'incremento di altri 2.000 miliardi per l'edilizia sanitaria *ex art.* 20 legge 76/86. Con l'accordo del giorno 22 marzo 2001 venne attivato tra i sottoscrittori dell'accordo il tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria che avrebbe sottoposto a verifica l'evoluzione della stessa in particolare nei settori relativi a: *a*) spesa farmaceutica e specialistica ambulatoriale; *b*) spesa per contratti e convenzioni; *c*) spese per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati religiosi, gli Ircss, la componente universitaria delle aziende miste e dei policlinici; *d*) spese sanitarie a rilevanza sociale. Venne inoltre costituito apposito tavolo ai fini di associare ai diversi livelli di assistenza e di prestazioni sanitarie i relativi costi.

Tabella 7 - Accordo tra Stato, Regioni e Province autonome del giorno 8 agosto 2001

- ♦ Vengono definitivamente risolte le controversie relative all'accordo del 3 agosto 2000 per le responsabilità del governo e delle Regioni circa la congruità delle risorse finanziarie relative all'anno 2001; eventuali ulteriori eccedenze di spesa resteranno a carico dei bilanci regionali.

- ♦ Viene incrementata la quantificazione delle risorse previste per l'anno 2001.

- ♦ Vengono definitivamente risolte le questioni inerenti tutti i disavanzi al 31/12/2001.

- ♦ Con provvedimento formale da assumere entro il 30 novembre 2001 dovranno essere definiti i livelli essenziali di assistenza con le procedure previste dall'articolo 1 del d.lgs. 229 e in relazione alle risorse destinate per il triennio 2002-2004 da parte dello Stato.

- ♦ Il rapporto tra finanziamento del Ssn e Pil dovrà attenersi, entro termini ragionevoli, ad un valore del 6%, comprese le entrate proprie delle Regioni.

- ♦ Viene attivato tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti a garanzia dell'efficienza ed efficacia del Ssn.

- ♦ Le Regioni si impegnano a rivedere i parametri di ponderazione connessi alla quota capitaria ai sensi dell'articolo 34 della legge 662/96.

- ♦ Per l'anno 2000, a fronte del maggiore fabbisogno evidenziato dalle Regioni e pari a 7.080 miliardi di lire, il governo si impegna a mettere a disposizione una somma fino ad un massimo di 2.700 miliardi di lire, subordinatamente all'adesione da parte delle Regioni a provvedimenti di copertura del debito a loro carico, attraverso il ricorso all'indebitamento.

- ♦ Il livello di spesa sanitaria cui concorre lo Stato per l'anno 2001 viene rideterminato in 138.000 miliardi di lire; il 2001 viene pertanto definito «anno zero» nel rapporto tra Stato e Regioni per la prefissione dell'entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato.

- ♦ L'integrazione per l'anno 2001 di 7.000 miliardi di lire da parte dello Stato viene erogata a patto che: *a)* le Regioni abbiano adottato misure di anticipazione e verifica sugli andamenti di spesa; *b)* abbiano aderito alle convenzioni in tema di acquisto di beni e servizi; *c)* mantengano l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali; *d)* s'impegnino a mantenere la stabilità e ricorrano se necessario all'adozione di idonei strumenti di controllo della domanda (riduzione della spesa, applicazione di addizionale Irpef, o altri strumenti fiscali).

- ♦ In relazione all'andamento del Pil così come previsto dal Dpof 2002-2004 la disponibilità complessiva e onnicomprensiva di risorse da destinare al finanziamento del Ssn viene così rideterminata:
 - Anno 2002: 144.376 miliardi di lire,
 - Anno 2003: 150.122 miliardi di lire,
 - Anno 2004: 155.871 miliardi di lire.

- ♦ Al fine di rimuovere situazioni di svantaggio tra le Regioni e migliorare la qualità dei servizi nonché al fine di fare fronte ai maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività del rapporto del personale della dirigenza sanitaria, vengono determinate le seguenti quote aggiuntive:
 - Anno 2002: 2.000 miliardi di lire,
 - Anno 2003: 2.000 miliardi di lire,
 - Anno 2004: 1.550 miliardi di lire.

- ♦ Resta valido il principio dell'attribuzione delle responsabilità degli sfondamenti di spesa al livello istituzionale di chi li ha provocati.

- ♦ La soppressione dei tickets sulla diagnostica è dilazionata di un anno.

segue Tabella 7

-
- ♦ Il governo si impegna ad adottare ogni provvedimento normativo e/o amministrativo necessario all'attuazione del presente accordo anche a modifica, integrazione o abrogazione (d.lgs. 229) di norme vigenti incompatibili con il presente accordo; ad adeguare il parametro di posti letto per acuti al 4%; ad emanare misure di contenimento della spesa farmaceutica; a dare indicazione al Comitato di settore affinché nell'ambito dei rinnovi contrattuali le risorse economiche vengano impegnate a rinegoziare sui due livelli centrali (così come definito nell'Intesa del 23 luglio 1993) e regionale/aziendale.
-
- ♦ Il governo s'impegna all'adozione di misure indirizzate principalmente alle finalità di: contenimento della spesa e monitoraggio prescrizioni; attribuzione alle Regioni della podestà autorizzatoria in materia di sperimentazione gestionale; attribuzione alle Regioni della podestà di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera.
-

(n. 388/2000) che nell'art. 85 comma 8 provvede ad integrare il finanziamento tanto per il 2001 che per gli anni seguenti. In base a tale articolo, infatti, i 129 mila miliardi già pattuiti furono integrati di ulteriori 1.900 miliardi di lire per l'anno 2001, di 1.875 per l'anno 2002, di 2.375 per l'anno 2003 e di 2.165 miliardi a decorrere dall'anno 2004. Le previsioni programmatiche di spesa sanitaria per gli anni 2002, 2003, 2004, così calcolate, furono conseguentemente rideterminate nella misura del 3,5%, del 3,45% e del 2,9% negli anni rispettivi.

A tali intese fece seguito nel corso dell'anno successivo l'accordo sottoscritto in data 8 agosto 2001 (i cui contenuti per il particolare rilievo che rivestono vengono sintetizzati nella tabella 7), che nelle intenzioni dei sottoscrittori avrebbe dovuto rappresentare la definitiva stabilizzazione del sistema sanitario dal punto di vista finanziario e del monitoraggio dei costi.

Tra i punti di rilievo dell'accordo dunque vi erano la definizione del livello di finanziamento pubblico per la sanità a valere per il successivo quadriennio 2001-2004 (insieme alle modalità di ripiano del complesso dei debiti pregressi) e la specificazione degli obblighi rispettivi in capo a Stato ed enti territoriali ai fini del rispetto del patto di stabilità.

Ad ulteriore conferma di quanto convenuto, il 2001 veniva fissato come anno zero nei rapporti tra Stato e Regioni, nel senso che eventuali sforamenti della spesa sarebbero stati di esclusiva responsabilità delle Regioni.

Purtroppo, nonostante queste buone intenzioni, l'accordo del giorno 8 agosto (ormai scaduto) ha largamente mancato il suo bersaglio:

il finanziamento è infatti risultato ancora una volta assolutamente inadeguato rispetto alle reali necessità e le Regioni hanno continuato ad accumulare debiti crescenti, anche grazie alle norme imposte successivamente (sia dalla legge 405 di recepimento dell'accordo stesso che dalla successiva legge 112) dimostratesi, come già ricordato, controproducenti ai fini delle capacità programmatiche delle Regioni.

Dal punto di vista del finanziamento, dunque, il totale delle risorse messe a disposizione da parte dello Stato, comprensivo di ripiani o di somme di riequilibrio, veniva definito per il quadriennio nei seguenti importi:

Tabella 8 - Quadro complessivo delle risorse di competenza dello Stato comprensive di ripiani o somme di riequilibrio previste nell'accordo del giorno 8 agosto 2001

Anno	Finanziamento totale	Ripiani o riequilibrio
2000	131.000 miliardi	2.700 miliardi*
2001	138.000 miliardi	7.000 miliardi*
2002	146.376 miliardi	2.000 miliardi**
2003	152.122 miliardi	2.000 miliardi**
2004	157.371 miliardi	1.500 miliardi**

* Ripiani ** Riequilibrio

Il recepimento legislativo dell'accordo del giorno 8 agosto 2001 è avvenuto, come abbiamo avuto già modo di dire tramite la legge 405/2001; in essa veniva espressamente previsto che per quanto riguardava il finanziamento del sistema sanitario per il triennio 2002-2004 il complesso delle spese correnti per l'esercizio 2002 (al netto delle spese per interessi passivi, delle spese finanziate da programmi comunitari e delle spese relative all'assistenza sanitaria delle Regioni a statuto ordinario) non poteva superare l'ammontare degli impegni a tale titolo relativi all'esercizio 2000, aumentati del 4,5%.

Per gli esercizi 2003 e 2004 si sarebbe applicato un incremento pari al

tasso di inflazione programmato così come indicato dal documento di programmazione economico-finanziaria. Nello stesso provvedimento venivano definite una serie di norme ulteriori per il monitoraggio e il controllo della spesa⁷. Inoltre veniva stabilito che gli eventuali disa-

⁷ La legge 16 novembre 2001, n. 405 di conversione con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, aveva tra l'altro previsto che: «l'ammontare delle spese per l'assistenza sanitaria resta regolato sino al 2004 nei termini stabiliti in sede di accordo siglato in data 8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome». All'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni («Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse»), le parole: «risorse pubbliche» sono sostituite dalle seguenti: «le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3». Le Regioni adottano le iniziative e le disposizioni necessarie affinché le aziende sanitarie e ospedaliere, nell'acquisto di beni e servizi, aderiscano alle convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, e dell'articolo 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, ovvero ad altri strumenti di contenimento della spesa sanitaria approvati dal Cipe, su parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Le Regioni, inoltre, prevedono con legge le sanzioni da applicare nei confronti degli amministratori che non si adeguino. Le Regioni, in conformità alle direttive tecniche stabilite dal ministro per l'Innovazione e le tecnologie, di concerto con i ministri della Salute e dell'Economia e delle finanze, adottano le opportune iniziative per favorire lo sviluppo del commercio elettronico e semplificare l'acquisto di beni e servizi in materia sanitaria. Vengono definite nuove procedure per lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi. Le aziende sanitarie e ospedaliere possono decidere, *con proprio provvedimento*, di non aderire alle convenzioni solo per singoli acquisti per i quali sia dimostrata la non convenienza. Tali provvedimenti sono trasmessi al collegio sindacale e alla regione territorialmente competente per consentire l'esercizio delle funzioni di sorveglianza e di controllo. Le Regioni, attraverso le proprie strutture e unità di controllo, attivano sistemi informatizzati per la raccolta di dati e informazioni riguardanti la spesa per beni e servizi, e realizzano, entro il 31 dicembre 2001, l'Osservatorio regionale dei prezzi in materia sanitaria, rendendo disponibili i relativi dati su un apposito sito internet. All'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, dopo il comma 5, è inserito il seguente *5-bis*. Le Regioni adottano le necessarie ini-

vanzì di gestione accertati o stimati, nel rispetto dell'accordo Stato-Regioni di cui all'art. 1, comma 1, sarebbero stati coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di vari strumenti come: *a)* misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa; *b)* variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; *c)* altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

ziative per attivare, nel proprio territorio, il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere previsto dal presente articolo, assicurando la tempestiva disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari regionali. Le Regioni determinano le modalità e gli strumenti del monitoraggio. Le Regioni determinano, inoltre, le sanzioni da applicare a carico dei soggetti che abbiano omesso gli adempimenti connessi al monitoraggio o che abbiano effettuato prescrizioni in misura superiore al livello appropriato. Le Regioni adottano le disposizioni necessarie: *a)* per stabilire l'obbligo delle aziende sanitarie e ospedaliere di garantire l'equilibrio economico dei singoli presidi ospedalieri; *b)* per individuare le tipologie degli eventuali provvedimenti di riequilibrio; *c)* per determinare le misure a carico dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico. Nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera prevista dall'articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e successive modificazioni, le Regioni adottano lo standard di dotazione media di 5 posti letto per mille abitanti di cui l'1‰ riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie. Gli esuberanti di personale risultanti dalla ristrutturazione sono prioritariamente riassorbiti nell'ambito delle strutture realizzate in sede di riconversione di quelle dismesse, per assicurare la sostituzione del personale cessato dal servizio nell'ambito della stessa azienda e per realizzare servizi medici e infermieristici domiciliari per malati cronici e terminali. Per le ulteriori eccedenze di personale si applicano le disposizioni di cui agli articoli 33 e 34 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale e in ogni singola regione, il 13% della spesa sanitaria complessiva. A tale fine le Regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, i provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui al presente articolo.

9. Gli interventi successivi ai fini del contenimento dei costi: la legge n. 112 e la Finanziaria per il 2003 (legge 289/2003)

Il riscontro, avvenuto già a breve distanza dalla firma dell'accordo del giorno 8 agosto 2001, di un aumento della spesa sanitaria ben oltre i limiti prefissati in tale sede, evidenziò chiaramente come anche quella intesa tra Stato e Regioni fosse stato il frutto di un compromesso destinato all'insuccesso; del tutto velleitaria infatti si dimostrò la pretesa che anche le Regioni gravate da disavanzi strutturali e accumulatisi nel corso di anni (in particolare Campania, Lazio e Sicilia) potessero, nell'arco di un solo esercizio finanziario, recuperare il *gap* rispetto alle altre Regioni che avevano proceduto a dolorose opere di razionalizzazioni in un arco temporale di diversi decenni (vedi in particolare Toscana, Emilia Romagna e Umbria).

A fronte di questo tuttavia il governo, invece di procedere in modo selettivo nei confronti delle prime con un accordo in cui il rientro dal debito fosse programmato in un arco ragionevole di anni e sottoposto ad attento monitoraggio, ha assunto la determinazione (sbagliata) di agire in modo indiscriminato su tutte attraverso la stretta finanziaria. Infatti, con l'approvazione della legge 112/2002 di conversione del decreto 63/2002 (cosiddetto «Taglia spese»)⁸, l'esecutivo procedette

⁸ La legge aveva inoltre previsto che per la definitiva copertura delle maggiori occorrenze finanziarie del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2000 e 2001 si faceva fronte, in conformità all'accordo sancito l'8 agosto 2001, come segue: *a)* quanto a euro 1.394.433.627,55 per l'anno 2000 e quanto a euro 3.412.747.189,18 per l'anno 2001 con oneri a carico del bilancio dello Stato; *b)* per l'importo residuo, con oneri a carico delle Regioni e delle Province autonome, che vi provvedono con propri mezzi di bilancio, inclusi, limitatamente all'anno 2000, quelli eventualmente derivanti da operazioni di indebitamento. Per le ulteriori specifiche esigenze del Policlinico Umberto I di Roma, lo Stato provvede ad attribuire alla Regione Lazio: *a)* l'importo di euro 156.486.440,42 a titolo di acconto del disavanzo provvisorio registrato in sede di accertamento della massa attiva e passiva relativa alla gestione liquidatoria dell'azienda universitaria Policlinico Umberto I a tutto il 31 dicembre 1999, che residua dopo l'assegnazione della quota parte di risorse attribuite alla Regione Lazio, ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 129; *b)* l'importo di euro 205.033.388,94 a titolo di ripiano dei disavanzi dell'azienda ospedaliera Policlinico Umberto I, per gli anni 2000 e 2001, in conformità all'accordo di cui al comma 1. Le disponibilità finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni: *a)* per l'anno 2000, secondo i criteri utilizzati per il riparto del Fondo sanitario nazionale per il medesimo anno; *b)* per

ad estendere anche agli anni 2002, 2003, e 2004 le disposizioni (previste dall'articolo 40 della legge 448) relative all'anno 2001 funzionali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, rendendo in questo modo ancora più stringenti le regole relative al rispetto del patto di stabilità interno.

In particolare, nella legge veniva definito che il livello di finanziamento da ripristinarsi nel caso di inadempimento da parte delle Regioni era quello considerato dall'accordo tra governo, Regioni e Province autonome del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, rivalutato per i

l'anno 2001, secondo la proposta delle Regioni di cui alla riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 17 gennaio 2002. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze è autorizzato: *a)* ad erogare alle Regioni, a titolo di acconto delle somme spettanti ai sensi del comma 4 per il ripiano dei disavanzi di parte corrente degli anni 2000 e 2001, gli importi indicati rispettivamente nelle colonne 3 e 4 della tabella A allegata al presente decreto; la liquidazione del saldo per l'anno 2000 è subordinata alla comunicazione da parte dei presidenti delle Regioni dell'avvenuta assunzione dei provvedimenti a copertura della quota di ripiano del residuo disavanzo posta a loro carico; per l'anno 2001, è subordinata al rispetto degli impegni indicati al punto 19 dell'accordo di cui al comma 1 (vedi oltre); *b)* ad erogare alla Regione Lazio, a titolo di acconto delle somme spettanti, ai sensi del comma 2, lettera a), per la parziale copertura del disavanzo a tutto il 31 dicembre 1999, l'importo indicato nella colonna 6 della tabella A allegata al presente decreto; il saldo è erogato sulla base del definitivo accertamento della massa attiva e passiva dell'azienda universitaria policlinico Umberto I da parte del commissario liquidatore; *c)* ad erogare alla Regione Lazio l'intero importo di cui al comma 2, lettera b), indicato nella colonna 7 della tabella A allegata al presente decreto, a titolo di ripiano dei disavanzi dell'azienda ospedaliera Policlinico Umberto I per gli anni 2000 e 2001. Qualora l'erogazione dell'acconto abbia determinato a favore di una Regione un importo superiore a quello spettante ai sensi del comma 4, l'eccedenza è posta in detrazione in occasione del riparto del Fondo sanitario nazionale a qualunque titolo spettante alle Regioni e contestualmente riassegnata a favore delle Regioni per le finalità del presente decreto. Per le attività di valutazione, in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute, è istituita una apposita commissione, nominata e presieduta dal ministro della Salute e composta da quattordici esperti titolari e da altrettanti supplenti, di cui un titolare e un supplente designati dal ministro dell'Economia e delle Finanze e sette titolari e altrettanti supplenti designati dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

predetti anni, (trattasi di integrazioni alle risorse disponibili per gli anni 2001, 2002, 2003 e 2004 pari rispettivamente a lire: 1.900 miliardi, 1.875 miliardi, 2.375 miliardi e 2.165 miliardi) secondo le percentuali stabilite dall'articolo 85, comma 8, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Le sanzioni previste si sarebbero tradotte in una riduzione di finanziamento che, a partire dal 2001 fino al 2004, avrebbe seguito, secondo le stime della Corte dei Conti, l'andamento esposto nella tabella 9.

Tabella 9 - Penalizzazioni sul finanziamento Ssn per applicazione legge 63

Finanziamento Ssn	2001	2002	2003	2004
Accordo 8 agosto	138.000	146.376	152.122	157.810
Penalizzazioni articolo 4 legge 63	6.857 mld	10.643 mld	11.707 mld	13.322 mld

Fonte: Corte dei Conti, 2003.

La strategia di contenimento dei costi della sanità da parte dello Stato, attraverso l'uso dello strumento finanziario, è proseguita anche successivamente con l'emanazione di ulteriori disposizioni legislative: Legge finanziaria per il 2003 (legge 289 del 27 dicembre 2002), legge 269 del 30 settembre 2003 e Finanziaria per il 2004. In particolare la legge 289/2002 ha introdotto un ulteriore rafforzamento del Patto di stabilità interno sia nei confronti delle Regioni (per quanto concerne la razionalizzazione della spesa sanitaria) che nei confronti degli altri enti territoriali (relativamente ai trasferimenti finanziari da parte dello Stato; articoli 52 e 29).

Per quanto riguarda le prime, tra gli adempimenti cui le Regioni sono tenute ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005 (ai sensi dell'articolo 4 della legge 15 giugno 2002, n. 112), sono stati ricompresi anche i seguenti nuovi obblighi:

- a) l'attivazione nel proprio territorio del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, di cui ai commi 5-bis, 5-ter e 5-quater dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388;
- b) l'adozione dei criteri e delle modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse, in attuazione

del punto 4.3 dell'Accordo tra governo, Regioni e Province autonome del 22 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 19 del 23 gennaio 2002;

- c) l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana;
- d) l'adozione di provvedimenti diretti a prevedere, ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera c), del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere, nonché delle aziende ospedaliere autonome.

Con la legge 269/2003 si è proceduto invece a rideterminare il tetto di spesa per la farmaceutica al 16% (rispetto al precedente 13%), includendo in esso anche la spesa farmaceutica a favore dei pazienti in regime di ricovero ospedaliero; in caso di sfioramento sono state previste sanzioni tanto a carico delle industrie farmaceutiche (il 60%) che delle Regioni stesse (40%); ulteriori prescrizioni per le Regioni hanno riguardato inoltre (articolo 50) il monitoraggio della spesa sanitaria e l'appropriatezza delle prescrizioni mediche con la previsione di specifici ricettari per i medici prescrittori e la istituzione di una apposita rete telematica.

Infine, per quanto attiene alla Finanziaria per il 2004, di particolare rilievo per l'autonomia regionale è risultata la disposizione che proroga a tutto il 2004 il blocco degli aumenti delle addizionali e della maggiorazione della aliquota Irpef confermando quando già stabilito nel corso del 2003.

Altre disposizioni di pari importanza hanno riguardato i limiti dell'indebitamento possibile ove ne viene confermata l'esclusiva destinazione ad investimenti (art. 3 c. 16); la possibilità di usufruire della consulenza della Consip ai fini di facilitare il rispetto del patto di stabilità (art. 3, c. 166 e segg.) e, infine, l'autorizzazione concessa agli Ircs non trasformati di procedere alla alienazione del patrimonio per ripianare eventuali debiti.

10. Gli effetti determinati dalla stretta finanziaria

Con i provvedimenti illustrati, dunque, (appena mitigati nel 2004 dalla Finanziaria per lo stesso anno che ha ridotto al 5% del totale la quota parte del fondo trattenuto ai sensi della legge 112), il governo ha tentato, senza peraltro riuscirci, di porre un freno ad una spesa sanitaria che, nonostante tutto, ha continuato a lievitare. A prevalere infatti è stata una visione di tipo economicistico totalmente priva di selettività negli interventi previsti; essa infatti non ha saputo premiare le Regioni in regola né ha aiutato quelle gravate da disavanzi strutturali per le quali occorrono azioni strategiche di implementazione globale della qualità (ivi compresa la qualità professionale e la *clinical governance*) e un ridisegno del sistema sanitario regionale a partire da una radicale modifica nel rapporto tra *cure primarie* e *cure secondarie*.

11. Finanziamento e costi della sanità nel quinquennio 1999-2003 e linee tendenziali per l'esercizio 2004

Nella storia sanitaria del nostro paese abbiamo già più volte detto come sia una caratteristica costante la tendenza all'accumulo progressivo di disavanzi gestionali che in alcuni casi hanno assunto l'aspetto di veri e propri deficit strutturali ora di assai difficile risoluzione. Da questo punto di vista anche l'analisi del rapporto finanziamento/costi relativo all'ultimo quinquennio non registra scostamenti, e ciò nonostante, con l'accordo del giorno 8 agosto 2001 siglato al termine del primo biennio, fossero stati definiti con chiarezza i rispettivi ambiti di responsabilità tra Stato ed enti territoriali e le reciproche penalizzazioni in caso di non rispetto degli impegni.

Il biennio 1999-2000

Questo stato di fatto nella gestione dei conti pubblici è emblematicamente rappresentato dal consuntivo relativo al biennio 1999-2000 in cui il disavanzo ad esercizio finale è risultato pari a 9,5 miliardi di euro circa, che si sono andati ad aggiungere a quelli maturati nel periodo ante 1994 e 1994-1999 (per un totale di 60.000 miliardi di cui, 31 mila e 300 a carico dello Stato, e il resto, pari a oltre 28.000, a carico dei bilanci regionali).

Tabella 10 - Rapporto finanziamento spesa per il biennio 1999-2000

Anno	Finanziamento totale	Spesa/Costi	Disavanzi/Avanzi
1999	euro 58.525,41	euro 62.656,26	- euro 4.130,85
2000	euro 64.210,52	euro 69.663,48	- euro 5.452,96

Fonte: Corte dei Conti, 2003.

Nello specifico dell'anno 1999, il finanziamento complessivo a copertura della spesa di competenza, fissato originariamente in 108.740 miliardi di lire⁹, è risultato, a seguito di successive integrazioni, pari a 113.302 miliardi di lire (58.515,60 milioni di euro), al netto della ulteriore partecipazione al fabbisogno da parte della Valle d'Aosta, del Friuli Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Bolzano per azzeramento del proprio deficit¹⁰.

A fronte dell'indicato importo di finanziamento, la spesa per i livelli di assistenza è risultata pari a 121.319 miliardi di lire (62.656,03 milioni di euro), con un disavanzo di 8.021 miliardi di lire (4.142,50 milioni di euro) (Corte dei Conti, 2003).

Dal punto di vista dei singoli contesti regionali, particolarmente preoccupante è stato il risultato negativo registrato dal Lazio che ha esposto un disavanzo di 1.363 miliardi di lire, molto elevato rispetto a quello delle altre Regioni. Elevato anche il disavanzo della Lombardia di 999 miliardi di lire, del Piemonte di 697 miliardi, della Campania di 930 miliardi, della Puglia di 570 miliardi e della Sicilia di 593 miliardi.

Per l'anno 2000 le disponibilità finanziarie a copertura del fabbisogno di parte corrente della assistenza sanitaria erano state originariamente

⁹ La composizione delle varie voci era la seguente: a) 50.288 miliardi, stimati, di Irap e Irpef, risultati a consuntivo pari a 39.993 miliardi; b) 4.201 miliardi, stimati, di entrate proprie delle Asl, risultate a consuntivo pari a 4.407 miliardi; c) 5.883 miliardi, stimati, di partecipazioni delle Regioni a statuto speciale, risultati a consuntivo pari a 6.913 miliardi; d) 48.368 miliardi per Fsn, di cui 47.458 miliardi alle Regioni. In sede di assestamento del bilancio dello Stato 1999 (legge 435/99) è stata poi disposta una integrazione al Fsn per 4.950 miliardi e per altri 9.811 miliardi con la Finanziaria 2001 (legge 338/2001).

¹⁰ Nella composizione del complessivo finanziamento figuravano tuttavia risorse vincolate a spese diverse da quelle per livelli di assistenza sanitaria (utilizzando la copertura originariamente dedicata a progetti Aids) tra cui borse di studio per medicina generale, a extracomunitari, veterinaria, hanseniani e altri obiettivi di rilievo nazionale.

fissate con la deliberazione Cipe del 26 maggio 2000 in 117.129 miliardi di lire¹¹.

Tali somme sono state successivamente integrate con 6.860 miliardi di lire (3.542,98 milioni di euro) in base all'accordo governo-Regioni del 3 agosto e con 2.898 miliardi di cui 2.700 miliardi di lire (1.394,43 milioni di euro) da ripartire fra tutte le Regioni e 198,5 miliardi di lire a favore del Lazio per ripiano disavanzi del Policlinico Umberto I in base all'accordo a questo successivo dell'8 agosto 2001.

Nell'anno 2002 alle Regioni è stata erogata solo la metà di quanto dovuto dallo Stato, mentre la rimanente parte di finanziamento a ripiano, pari a 1.350 miliardi di lire (697,21 milioni di euro), è stata erogata nei primi mesi del 2003 solo a favore delle Regioni i cui presidenti hanno dato comunicazione dell'avvenuta assunzione dei provvedimenti a copertura della quota di ripiano del residuo disavanzo posta a loro carico (art. 4-bis, comma 6, lett. a), legge 112/2002); restano pertanto da erogare a favore di sei Regioni 157 milioni di euro (305 miliardi di lire).

Dai dati sopra esposti emerge un disavanzo pari a 10.563 miliardi di lire (5.455,33 milioni di euro).

Fra le Regioni a statuto ordinario, i maggiori disavanzi nel 2000 sono del Lazio (1.924 miliardi di lire) e della Campania (1.705 miliardi di lire), a cui seguono quelli del Veneto di 718 miliardi, della Lombardia di 685 miliardi, della Puglia di 662 e della Calabria di 518.

Notevole la crescita della spesa per garantire i livelli essenziali di assistenza con supero dell'11,2% rispetto all'anno precedente (+ 13.568 miliardi di lire pari a + 7007,28 milioni di euro).

Il triennio 2001- 2003

Per il triennio 2001-2003 i dati finanziari disponibili devono essere considerati ancora provvisori; questo è particolarmente vero per il 2003 causa la non ancora avvenuta contabilizzazione di spese capaci di determinare a consuntivo ampie e assai significative variazioni.

¹¹ La composizione delle varie voci era la seguente: a) 114.379,7 miliardi di lire alle Regioni e Province autonome per il finanziamento dei livelli di assistenza; b) 190 miliardi di lire alla Croce Rossa italiana; c) 220,3 miliardi di lire all'Ospedale Bambin Gesù; d) 200 miliardi agli Istituti zooprofilattici sperimentali; e) 2.139 miliardi accantonati in attesa di proposte di destinazione da parte del Ministro della Sanità.

Dalle cifre attualmente disponibili (tabelle successive) si evince che il disavanzo complessivo, finora accertato, è pari a circa 11 miliardi di euro.

Tabella 11 - Rapporto tra spesa e finanziamento/ricavi di parte corrente del Ssn per il triennio 2001-2003

Anno	Finanziamento totale/ricavi	Spesa/Costi	Disavanzi/Avanzi
2001	euro 70.748,32	euro 75.697,80	-euro 4.949,48
2002	euro 76.838,49	euro 80.875,72	-euro 4.037,23
2003	euro 80.105,22	euro 82.172,00	-euro 2.200,83

(detratti gli avanzi di gestione di Toscana, Lombardia, Puglia; il dato è fortemente sottostimato)

Per il 2001 il finanziamento originario, pari a 124.000 miliardi di lire, era stato rideterminato dall'accordo del giorno 3 agosto 2000 in 138.000 miliardi di lire a cui si erano aggiunti, a seguito dell'accordo governo-Regioni del giorno 8 agosto 2001, 6.608 miliardi di lire (3.412,75 milioni di euro) assegnati solo nel 2003 alle Regioni in regola con gli impegni assunti. L'importo effettivamente erogato è salito dunque a 5.375 miliardi di lire (2.766 milioni di euro) avendo definitivamente perso il finanziamento integrativo le seguenti Regioni: Abruzzo (85,94 milioni di euro); Molise (21,99 milioni di euro); Campania (330,97 milioni di euro); Calabria (124,72 milioni di euro); Sardegna (72,40 milioni di euro).

Tenuto conto della perdita di tali risorse (per un totale di 636,03 milioni di euro, come pure del deficit registrato nelle Regioni a statuto speciale (quantunque questo non sia destinato a pesare sul Ssn), il disavanzo complessivamente registrato è pari a 4,9 miliardi di euro (9.585 miliardi di lire). L'incremento dei costi rispetto al 2000 è stato del +8,6% (contro un tasso programmato del 3,1-3,7%) mentre la percentuale della spesa sul Pil è stata del + 6,2%.

In riferimento ai singoli ambiti regionali particolarmente grave appare il quadro debitorio del Lazio con un disavanzo di euro 801.468, della Campania con euro 1.222.425 e della Sicilia con 424.928; risultati altrettanto negativi registrano anche la Calabria e il Veneto.

Tabella 12 - Rapporto tra finanziamento e costi per la sanità

	Disavanzi/Avanzi (in euro)		
	2001	2002	2003
Piemonte	- 209.494	- 40.122	- 226.862
Val d'Aosta	- 38.643	- 44.524	- 43.988
Lombardia	- 280.752	- 322.295	34.755
P. Bolzano	- 300.233	- 271.864	280.110
P. Trento	1.216	-158.085	-190.538
Veneto	- 304.523	-204.182	-157.921
Friuli V.G.	- 46.427	-9.207	-73.764
Liguria	- 77.148	-44.213	-39.775
E. Romagna	- 16.274	-49.851	-26.901
Toscana	- 88.057	-43.756	8.329
Umbria	- 6.685	-9.766	-11.166
Marche	- 125.200	-97.819	-60.212
Lazio	- 801.468	-573.837	-445.328
Abruzzo	- 195.335	-297.296	-65.783
Molise	- 59.470	-75.700	-5.956
Campania	- 1.222.425	-637.394	-283.755
Puglia	- 166.878	-4.198	90.376
Basilicata	- 28.441	-469	-16.720
Calabria	- 345.407	-151.176	-16.671
Sicilia	- 424.928	-837.417	-166.901
Sardegna	- 212.905	-163.892	-88.303
Totale	- 4.949.477	-4.037.063	-2.067.194

Fonte: Corte dei Conti, 2004 (il finanziamento è comprensivo di proventi e ricavi).

Per il 2002 si è ripetuto il consueto slittamento nella ripartizione di risorse per l'assistenza sanitaria, avvenuta solo ad esercizio chiuso. Il finanziamento ha perciò scontato importi sotto forma di anticipazioni misurati su una somma corrispondente a lire 131.843 miliardi, come previsto dall'accordo del giorno 3 agosto 2000 (divenuti 138.000 in applicazione della Finanziaria 2001), rispetto ai 146.376 miliardi previsti dall'accordo dell'8 agosto 2001, pari ad una sottodotazione finanziaria di 3.412 milioni di euro; poiché tale somma è stata corrisposta per un importo minore (2.697 milioni di euro) nei primi mesi del 2003, anche per questo esercizio sono derivati maggiori oneri per le Regioni

conseguenti agli interessi per mancati pagamenti (11%) o ad anticipazioni per farvi fronte.

A fronte di una disponibilità complessiva di 76.838.499 miliardi di euro, il totale dei costi è risultato pari a 80.875.560 miliardi di euro comprensivi della perdita di finanziamento delle tre Regioni Abruzzo, Molise e Sicilia per importi corrispondenti a 161,07 milioni di euro, 57,15 milioni e 496,34 milioni, dovuti alla mancata copertura del disavanzo. Il disavanzo accertato è stato dunque pari a 4.037 milioni di euro.

L'incremento dei costi rispetto al 2001 è stato del + 6,8 % (contro un tasso programmato del 3,1-3,7%) mentre la percentuale della spesa sul Pil è stata del + 6,3%.

In riferimento ai singoli ambiti regionali si conferma come particolarmente grave (seppure in riduzione) il quadro debitorio a carico del Lazio con un disavanzo di euro 573.837, della Campania con euro 637.394 e della Sicilia con euro 837.417 (in incremento rispetto all'anno precedente); ancora negativo il trend registrato in Veneto e Lombardia.

Per il 2003 le erogazioni dei finanziamenti sono slittate, come avvenuto negli esercizi precedenti, all'anno seguente causa le procedure di verifica sul rispetto da parte di ogni singola Regione del Patto di stabilità interno. Identici sono stati i problemi in termini di interessi per mancati pagamenti e anticipazioni necessarie per le spese correnti causati da questa sottodotazione finanziaria corrispondente a circa 2.370 milioni di euro.

Il fabbisogno complessivo è stato determinato in 78.569.749 miliardi di euro mentre il totale delle spese a fine esercizio è risultato pari a 82.172.410 miliardi di euro con un disavanzo (assolutamente provvisorio) pari a 2.201 miliardi di euro. (Dal calcolo riportato in tabella sono stati espunti gli avanzi di gestione registrati da Lombardia, Toscana e Puglia). Il risultato in realtà, come già anticipato, solo apparentemente segna una flessione rispetto all'anno precedente, in quanto esso è al netto della spesa per i contratti del personale del Ssn che per il biennio e per gli effetti che avrà sul 2004 è pari a 2,5 miliardi di euro al netto di Iva (dei quali 328 milioni a carico dello Stato). Ma non solo: a questo infatti si devono aggiungere i disavanzi degli Ircs, dei Policlinici universitari e delle aziende miste che, a partire dal 2001, non sono automaticamente inclusi nei disavanzi regionali e il cui onere quantificato dalle Regioni per gli anni 2001 e 2002 è stimato in circa 1.560 milioni di euro.

Va inoltre sottolineato che è ancora in corso presso il tavolo di monitoraggio la verifica sul rispetto degli obblighi regionali per il 2003 dal cui esito potrebbero dipendere eventuali riduzioni del finanziamento. L'incremento dei costi rispetto al 2002 è stato solo del + 1,6% (contro un tasso programmato del 3,1-3,7%) ma tale risultato è destinato a crescere sensibilmente, mentre la percentuale della spesa sul Pil è stata del + 6,3%.

In riferimento ai diversi ambiti regionali, il Lazio e la Campania mantengono il primato delle Regioni italiane con maggiori disavanzi pari a euro 445.328 per la prima ed euro 283.755 per la seconda; buoni i risultati di Lombardia, Toscana e Puglia, ancora negativo il risultato della Sicilia con un disavanzo di euro 166.901. I dati comunque, è bene ricordarlo, sono da considerare assolutamente provvisori e sono destinati ad crescere sensibilmente quando saranno adeguatamente contabilizzate tutte le spese relative all'esercizio finanziario.

Esercizio 2004: linee tendenziali

Rispetto agli anni precedenti per il 2004 è da registrare il positivo superamento del dispositivo previsto dalla legge 63/2002 responsabile della cronica sottodotazione finanziaria.

Infatti, in virtù dell'articolo 3, commi 31 e 32 della finanziaria per il 2004 (l. n. 350/2003), è stato invertito il procedimento concessivo dell'integrazione al finanziamento che ora avviene tramite il recupero a posteriori nei confronti delle Regioni inadempienti. Rimane tuttavia l'inconveniente legato ad un sistema, che si basa su anticipazioni ora fissate al 95% (e non più al 90%) sulla spettanza complessiva che è destinata a slittare a fine anno o all'inizio di quello successivo, continuando così a generare problemi di copertura¹².

¹² Il comma 31 dell'articolo 3 stabilisce che «Limitatamente all'anno 2004, il Ministero dell'Economia e delle Finanze è autorizzato a concedere alle Regioni Sicilia e Sardegna anticipazioni nella misura pari al 95% delle somme previste per ciascuna Regione a titolo di Irap, addizionale regionale all'Irpef e Fondo sanitario nazionale di parte corrente, quali risultano dalla deliberazione del Cipe per il medesimo anno». Il comma 32 stabilisce che «Ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo previsto a carico dello Stato dall'Accordo tra governo, Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, restano fermi gli adempimenti a carico delle Regioni, di cui all'articolo 4 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n.

La «disponibilità complessiva e omnicomprensiva» per il finanziamento del Ssn ammonta a 155.871 miliardi di lire (80.500 milioni di euro) a cui si aggiunge una quota di 1.500 miliardi (774,680 milioni di euro) per finalità specifiche di riequilibrio volto a rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi, tenendo anche conto dei comportamenti virtuosi. A tale finanziamento si sono aggiunti poi 5 milioni di euro stanziati dalla Finanziaria a decorrere dal 2002.

La somma totale disponibile ammonta complessivamente a euro 81.287.290.000 anche se rimane ancora aperta la possibilità che le erogazioni siano parametrare sulla base del fabbisogno 2003 non integrato.

Per quanto riguarda invece la stima dell'eventuale disavanzo, i presidenti delle Regioni hanno sostenuto l'ipotesi che questo, in virtù degli elementi già considerati potrebbe risultare ancora maggiore e attestarsi intorno ad una cifra di 5,5 miliardi di euro.

Il quadro finanziario complessivo di tutto il quinquennio 2000-2005 può dunque essere sintetizzato come in tabella 13.

112, all'articolo 52, comma 4, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e agli articoli 48 e 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Nei confronti delle Regioni per le quali sia verificato il mancato rispetto dei predetti adempimenti resta fermo l'obbligo del ripristino del livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dall'Accordo tra governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 agosto 2000, come integrato dall'articolo 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388».

Il comma 33 stabilisce che «Nelle more della deliberazione del Cipe e della proposta di decreto del presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 4 dell'articolo 2 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, nonché della stipula di specifico Accordo tra governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, di cui al comma 32, le anticipazioni sono commisurate al livello del finanziamento corrispondente a quello previsto dall'Accordo tra governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano del 3 agosto 2000, di cui al comma 32».

Tabella 13 - Quadro complessivo delle risorse di competenza dello Stato comprensive di ripiani o somme di riequilibrio previste nell'accordo del giorno 8 agosto 2001 e dei crediti maturati da parte delle Regioni

Anno (accordo 3.8.2000)	Finanziamento totale (accordo 8.8.2001 e altro)	Per ripiani o riequilibrio
2000 (118.000)	124.000 miliardi + 2.700	2.700 miliardi* poiché le somme sono state integrate ad esercizio chiuso, si configurano come disavanzo e pertanto non sono ricomprese nella tabella allegata dalla Corte dei Conti. Nel corso del 2002 è stato erogato alle Regioni solo la metà di detta somma; la rimanente, pari a 1.350 miliardi è stata erogata nei primi mesi del 2003 solo a favore delle Regioni che hanno assunto provvedimenti a copertura della quota di disavanzo a loro carico; mancano ancora 6 Regioni per un importo di 305 miliardi pari a 157 milioni di euro.
2001 (131.143)	138.000 miliardi + 397 miliardi per il Policlinico Umberto I	7.157 miliardi* pari a 3.696 milioni di euro di cui posto a carico dello Stato per 6.608 miliardi (la cui utilizzazione è stata definita con la legge 63 convertita in legge 112 che ha iscritto nella tabella B della legge 448/2001 (Finanziaria 2002). L'erogazione di tali somme è stata subordinata al rispetto degli obblighi previsti dalla legge 405/2001; la commissione all'uopo costituita ha verificato che le Regioni che hanno potuto accedere alle risorse erogate in data 10 febbraio 2003 sono: Piemonte (296 milioni di euro); Lombardia (593); Veneto (293); Emilia Romagna (279); Toscana (248); Umbria (57); Marche (99); Lazio (332); Puglia (236) Basilicata (38). Le Regioni non ammesse sono state Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sardegna. Di fatto il ritardo nella corresponsione di tali cifre ha comportato una sottodotazione iniziale di 6.608 miliardi di cui effettivamente erogati 5.375 miliardi e il ricorso oneroso ad anticipazione a carico delle Regioni con conseguenze sugli anni a venire. Il disavanzo registrato a consuntivo è pari a 4.950 milioni di euro.

* Ripiani ** Riequilibrio

Segue tabella 13

Anno (accordo 3.8.2000)	Finanziamento totale (accordo 8.8.2001 e altro)	Ripiani o riequilibrio
2002 (131.843)	146.376 miliardi + 9,7 miliardi legge 448	2.000 miliardi** La ripartizione del finanziamento è avvenuta solo a partire dal 2003; la copertura del fabbisogno si è avvalsa del sistema di anticipazione di cassa commisurata al finanziamento previsto per il 2001 dal 3 agosto e pari a 131.143 milioni neppure incrementato del 3,5% (Fin. 2001), con temporanea decurtazione di 3.412 milioni di euro. Il riparto è invece avvenuto a gennaio 2003 per un importo complessivo di 2.697 milioni di euro per la mancata assegnazione alle tre Regioni inadempienti: Abruzzo (161 milioni); Molise (57 milioni) e Sicilia (496 milioni). Il disavanzo registrato a consuntivo è pari a 4.037 milioni di euro.
2003 (140.415)	78.569 miliardi di euro	2.000 miliardi** La copertura del fabbisogno si è avvalsa anche in questo caso del sistema di anticipazione di cassa commisurata al finanziamento previsto dal 3 agosto e pari a 131.143 milioni neppure incrementato del 3,5%, cioè inferiore a quanto stabilito con il precedente e ormai superato accordo del 3 agosto 2000. Il credito complessivo è pari a 16,2 miliardi di euro per il biennio 2002/2003. A questo va aggiunto il mancato trasferimento di 1,3 miliardi di euro necessari a garantire l'assistenza sanitaria ai 700.000 immigrati regolarizzati a seguito della Legge Bossi-Fini.
2004 (144.488)	81,287 miliardi di euro 157.371 miliardi di lire	1.500 miliardi** Deficit tendenziale per i soli Lea stimato in circa 5,5 miliardi di euro. A questi si devono aggiungere 13 miliardi non ancora corrisposti

* Ripiani ** Riequilibrio

12. Considerazioni conclusive

Le caratteristiche di universalità del nostro servizio sanitario (attraverso le quali sono state mitigate le differenze di uniformità storicamente presenti nei diversi ambiti territoriali) hanno consentito, a 25 anni dalla sua costituzione, il raggiungimento di risultati importanti in termini di *outcomes* e di salute guadagnata.

Il nostro sistema, nonostante la condizione di cronico sottofinanziamento e di scarsa qualità gestionale che ha caratterizzato in modo particolare le Regioni affette da *disavanzi strutturali*, ha ottenuto riconoscimenti importanti in ambito internazionale. Valga per tutti il giudizio espresso dalla Oms che, nella sua indagine *The world health report 2000. Health systems: improving performance*, ha valutato la *performance* dei servizi sanitari di tutti i 191 paesi membri. In tale importante studio comparativo il nostro servizio sanitario, sebbene sia stato collocato all'11° posto della graduatoria (punti 91,4) dopo Giappone (93,4), Svizzera (92,2), Norvegia (92,2), Svezia (92), Lussemburgo (92), Francia (91,9), Canada (91,7), Paesi Bassi (91,6), Regno Unito (91,6), Austria (91,5), in riferimento al primo fattore di valutazione considerato (Risultato), si è invece collocato al 1° posto per i Livelli di salute raggiunti (Dale) seguito da Francia, Spagna, Giappone, Grecia, Portogallo, Austria ecc. e al 2° posto per *performance* complessiva (indice 0,991) dopo la Francia (0,994) e prima di Spagna, Austria, Giappone, Norvegia, Portogallo, Grecia ecc.

Questo brillante risultato tuttavia non può nascondere le attuali difficoltà, rese ancora più acute dal profilarsi di una crisi economica del paese simile a quella degli anni '90 (quando la nostra moneta, sotto i colpi della speculazione finanziaria, fu costretta ad una pesante svalutazione).

Una crisi che tuttavia non è soltanto di natura economica, ma che affonda le sue radici nel conflitto politico che oppone due concezioni della *forma-Stato* tra loro inconciliabili: l'idea tipo di decentramento di funzioni che deve investire il nostro paese e i meccanismi di perequazione tra territori diversi.

In relazione a questo ultimo aspetto io credo sia doveroso ribadire con forza che la proposta di *devolution*, recentemente approvata dalla Camera, non rappresenta un miglioramento del sistema, ma al contrario essa costituisce un vero pericolo per la sopravvivenza del Ssn.

Il conferimento alle Regioni di potestà esclusiva in tema di sanità infatti comporterà inevitabilmente la dissoluzione del servizio unitario,

in quanto la preferenza precedentemente accordata al livello *nazionale* sarà ora spostata su quella regionale al fine di esaltarne le differenze interne al sistema con conseguenze gravi sui diritti universali delle persone (Franz, 2003).

Così a risaltarne compromessa sarà proprio quella universalità di servizi disponibili che aveva consentito in parte il superamento delle difficoltà già ampiamente discusse.

Aldilà di tali considerazioni rimane tuttavia irrisolto il problema della definizione di un livello di finanziamento del Ssn in linea con le reali necessità e di quello specifico delle Regioni gravate da deficit strutturali (che rappresentano attualmente un ostacolo difficilmente superabile per avviare una politica di risanamento rispettosa della coesione sociale). A questo fa ovviamente da corollario, in un rapporto di assoluta interdipendenza, la necessità di implementazione del corretto uso delle risorse, ottenibile solo attraverso una politica orientata alla qualità gestionale e alla appropriatezza tanto in riferimento alla tipologia di servizio sanitario prescelto (con particolare riguardo al rapporto tra cure primarie e secondarie) che dei livelli delle prestazioni erogate in funzione di priorità ed economicità.

L'analisi di questi ultimi fattori, andando ben oltre gli scopi di questo lavoro, non potrà essere discussa in tale sede, dove invece saranno affrontate alcune considerazioni relative al primo punto considerato (finanziamento e meccanismi di perequazione a vantaggio delle Regioni con deficit strutturali e minore capacità impositiva).

A tale riguardo riteniamo che il decisore politico dovrebbe impegnarsi per dare immediata applicazione alle disposizioni contenute nell'articolo 119 del novellato capo V della Costituzione, in quanto in esso sono stati ridefiniti i meccanismi di finanziamento degli enti territoriali, (che vanno pertanto adeguati al nuovo dettato legislativo) e gli strumenti atti a realizzare la perequazione tra enti diversi.

Le disposizioni contenute nell'articolo 119

In particolare l'articolo 119 del novellato capo V della Costituzione deve essere considerato il cardine su cui ruota larga parte del processo di riforma costituzionale realizzata dal governo dell'Ulivo a partire dagli stessi articoli 117 e 118; esso infatti rappresenta un modello normativo articolato su tre piani di intervento:

- ♦ modalità di finanziamento delle attività degli enti territoriali (primi 4 commi);

- ♦ definizione delle attività di intervento finanziario dello Stato a integrazione delle risorse ordinarie degli enti territoriali (fondo perequativo nazionale e risorse aggiuntive comma 4 e 5);
- ♦ normazione della capacità di indebitamento «autonomo» degli enti territoriali limitatamente alle spese di investimento (aspetto quest'ultimo che non sarà considerato nel nostro lavoro).

Nello specifico i primi 4 commi dell'articolo 119 individuano chiaramente che il modello di finanziamento degli enti territoriali deve essere articolato in: *a)* tributi ed entrate proprie, *b)* compartecipazione al gettito dei tributi erariali riferibili al territorio dell'ente, *c)* fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Il comma 4 inoltre viene chiuso con un preciso vincolo (di importanza cruciale ai fini della realizzazione di un federalismo non competitivo ma solidale), con il quale si stabilisce che «le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni a loro attribuite»¹³.

Con tale norma, dunque, il legislatore ha voluto chiaramente intendere come proprio ed esclusivamente attraverso i meccanismi finanziari *a)*, *b)* e *c)* ciascuno degli enti territoriali debba essere messo nelle condizioni di fornire alla comunità locale amministrata l'intera gamma dei servizi e delle prestazioni propri delle funzioni delegate (Astrid, 2003).

Il comma 5 stabilisce invece che «per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni».

Questo significa che, da un lato, gli interventi previsti devono essere

¹³ Quale sia il livello appropriato dei servizi e chi abbia la legittimazione a deliberare in merito risulta invece dal già richiamato art. 117 che attribuisce allo Stato la competenza esclusiva nella definizione dei Livelli delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (fondati sui due principi di libertà e uguaglianza previsti dalla prima parte della Costituzione) da *garantire su tutto il territorio nazionale*. Coerentemente con tale impostazione di esclusiva competenza Statale sono anche il sistema di «perequazione delle risorse finanziarie» e l'adeguamento del «sistema tributario e contabile dello Stato (comma 2 lettera e) senza i quali sarebbe impossibile garantire condizioni di uniformità e universalità tra i diversi contesti regionali.

considerati del tutto estranei alla logica del finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite esulando dal normale esercizio delle loro funzioni a cui si deve provvedere con gli strumenti previsti da *a)*, *b)* e *c)*; dall'altro, che detti interventi devono essere intesi come «speciali» e che le risorse da impiegare per la loro realizzazione sono «aggiuntive» e non riguardano la generalità degli enti territoriali ma soltanto «determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni». Va dunque definitivamente rigettata l'ipotesi che tali risorse possano essere considerate come un elemento integrativo ai fini della gestione per così dire corrente delle funzioni delegate agli enti territoriali. Nel contempo occorre che tale intervento sia chiaramente configurato come:

- ♦ eccezionale,
- ♦ limitato nel tempo,
- ♦ soggetto a chiara definizione di obiettivi strumentali misurabili,
- ♦ monitorabile e monitorato, alla stregua dei progetti finanziati da fondi europei,
- ♦ cofinanziato da Stato e Regioni.

Le previsioni complessive dunque contenute nel nuovo articolo 119 in tema di finanziamento degli enti territoriali possono così essere sintetizzate:

- ♦ I Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni sono riconosciuti titolari di «autonomia finanziaria di spesa e di entrate» in virtù della quale stabiliscono e applicano tributi ed entrate proprie in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento previsti dall'articolo 117 e dispongono di partecipazioni al gettito di tributi erariali.
- ♦ Ai fini solidaristici per i «territori con minore capacità tributaria per abitante» è previsto un «fondo perequativo» da assegnare «senza vincolo di destinazione» ai fini di consentire loro «di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite».
- ♦ In aggiunta per gli enti territoriali «svantaggiati» (di volta in volta identificati sulla base dei criteri precedenti) sono previste risorse aggiuntive o iniziative speciali sotto forma di trasferimenti dal bilancio dello Stato finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - promuovere lo sviluppo economico, la coesione sociale e la solidarietà sociale,
 - rimuovere gli squilibri economici e sociali e favorire l'effettivo esercizio dei diritti delle persone,
 - provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni.

Il quadro legislativo realizzato con la riforma del titolo V è dunque già sufficientemente chiaro; in esso la solidarietà tra territori diversi rappresenta un valore costituzionale che mette fuori gioco ogni tentativo di tipo secessionista da parte delle Regioni con maggiori capacità fiscali e consente di trovare una soluzione negoziata ai problemi discussi, a partire da quelli concernenti le Regioni in condizioni di svantaggio.

È compito dello Stato dunque garantire le risorse necessarie per finanziare integralmente le funzioni attribuite agli enti territoriali e questo, a nostro giudizio, non può più avvenire sulla base della spesa storica, dimostratasi inadeguata a rappresentare le vere necessità economico-finanziarie della sanità del nostro paese.

La definizione del livello di risorse necessarie deve invece percorrere altre strade; essa deve infatti avvenire attraverso la valutazione dei costi unitari delle prestazioni e dei servizi in un processo (sicuramente lungo e difficile) di monitoraggio e di comparazione dei costi e dei risultati tra i diversi enti che costituiscono il servizio sanitario, in una negoziazione che deve coinvolgere congiuntamente lo Stato e gli enti territoriali stessi.

In tale negoziazione devono inoltre essere definiti con chiarezza gli interventi a favore degli enti svantaggiati previsti dal comma 5 dello stesso articolo 119, nonché le procedure di monitoraggio e di valutazione dei risultati.

È nostra convinzione che solo in questo modo e solo dopo avere garantito un livello di finanziamento effettivamente adeguato alle necessità del servizio sanitario dei diversi territori sarà possibile intervenire efficacemente nei confronti di quelle Regioni i cui costi risultino disallineati rispetto a quanto atteso.

Quello che si propone è dunque un percorso inverso rispetto a quello finora attuato dal governo e basato esclusivamente sulla stretta finanziaria indifferenziata per tutti gli enti territoriali; un percorso sicuramente più difficile che si riconosce nel monitoraggio e nella verifica continua dei dati e dei risultati, ma che potrebbe dare certezza ad un sistema sanitario oggi in grande difficoltà.

Il nostro sistema sanitario è stata una conquista della civiltà che ha portato a miglioramenti assolutamente insperati per i cittadini in virtù delle sue caratteristiche di universalità e uniformità. Le mutate condizioni della nostra società (con la fine del modello di produzione fordista su cui era stato modellato il nostro *welfare state*) richiedono un suo adeguamento che è a nostro giudizio indispensabile per vincere le sfide poste dalla seconda modernità. Il sistema federale avviato nel no-

stro paese può contribuire alla soluzione di tali criticità avvicinando i servizi ai cittadini in un processo di vera sussidiarietà, ma ad una condizione ben precisa: nel processo di differenziazione e valorizzazione dei territori non deve venire snaturata la filosofia dei nostri sistemi di protezione nati e formati su una ispirazione di tipo solidaristico ed universalistico.

È questa dunque la vera sfida che si pone ai sistemi di *welfare* di tipo maturo: riuscire a coniugare questa impostazione di tipo etico con una politica che assuma in sé anche la necessità di una corretta gestione delle risorse a disposizione. Raccogliere questa sfida è un impegno per tutti ma in particolare per quelle Regioni in condizioni di svantaggio che, aldilà della solidarietà, devono riuscire a trovare al loro interno le capacità per un cambiamento assolutamente necessario.

Riferimenti bibliografici

- Astrid, 2003, *L'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione: il federalismo fiscale tra autonomia e convergenza europea*.
- Conferenza dei presidenti delle Regioni, 2004, *Dossier 2004*, accesso al sito web agosto 2004.
- Conferenza Stampa dei presidenti delle Regioni, 2003, 30 ottobre 2003, Roma.
- Corte dei Conti, 2003, *Relazione sulla gestione economico finanziaria delle Regioni*.
- Corte dei Conti, 2004, *Relazione sulla gestione economico finanziaria delle Regioni*.
- Fondo monetario internazionale, 2000, *Imf Staff Country Report*, n. 00/82, Washington.
- Franz G., 2003, *Rapporto sulla Sanità*, Fondazione Smith Klein.
- Guzzanti E., 1999, Introduzione a: *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Istat, 2003, *Rapporto Annuale 2003*, accesso al sito web luglio 2004.
- Istat, 2004, *Italia in cifre*, accesso al sito web luglio 2004.
- Luzzi S., 2004, *Salute e sanità nell'Italia Repubblicana*, Ed. Donzelli, Roma.
- Manzella A., 2004, *La devolution in salsa italiana*, «La Repubblica», 20 agosto 2004.
- Ovretveit J., 1966, *La qualità nel servizio sanitario*, Edises, Napoli.
- Petri D., 1984, «La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940). Un aspetto della modernizzazione corporativa» in *Storia D'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, G. Einaudi Editori, Torino.
- Soresina M., 1987, «La tutela della salute nell'Italia unita (1860-1980)», in *Storia della Società Italiana*, Teti editore, Milano.
- Who, 2000, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.

Il malessere della medicina, un confronto internazionale

Guido Giarelli, Milano, Franco Angeli, 2003

a cura di Roberto Polillo

RPS

recensioni

Il libro di Guido Giarelli affronta la crisi della biomedicina (intesa come medicina fondata su scienze biologiche e chimico-fisiche) e dei suoi paradigmi costitutivi, ponendo come domanda centrale di un lungo e complesso lavoro di approfondimento i motivi per i quali i sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono stati sottoposti, a partire dagli anni '80, ad una serie di «riforme» che ne hanno modificato la struttura. La necessità di un approfondimento di questi temi si impone per Giarelli (a partire dallo stesso termine di «riforme» da intendere in senso complessivo e secondo la definizione di Ovretveit come «mutamento significativo introdotto nella legislazione di un governo nazionale o regionale al finanziamento, all'organizzazione o al funzionamento dei servizi sanitari o ai diritti del paziente»), perché del tutto inadeguata è la risposta fornita dalla teoria attualmente prevalente (basata su un vero e proprio riduzionismo economicistico) che vi intravede solo il conflitto (*trade-off*) tra risorse disponibili (limitate) e costi (crescenti) tra domanda e offerta. Per Giarelli, al contrario, la «crisi» dei servizi sanitari, di cui le riforme sono le risposte adattive, deve essere inquadrata nel «contesto più generale del rapporto tra medicina e società, tra sistemi sanitari e sistemi di salute, storicizzando l'evoluzione di tali rapporti nell'ambito delle caratteristiche che essi hanno assunto nell'evoluzione delle società industriali contemporanee» (p. 459).

Il confronto internazionale tra cinque *case-study* nazionali (Usa, Uk, Svezia, Germania e Francia), che occupa la seconda parte del libro, dovrà sciogliere altri due quesiti strettamente collegati al primo: se le riforme attuate «abbiano prodotto una convergenza sostanziale, non meramente formale tra i diversi modelli storici di sistemi sanitari» e se, ed eventualmente in quale misura, la «dominanza medica» (intesa secondo Freidson come somma di autonomia professionale, controllo sul proprio lavoro, autorità professionale, controllo sui propri clienti, dominanza professionale sulla altre occupazioni non mediche nella divisione del lavoro sanitario e *status* sociale che ne deriva) sia risultata compromessa o seriamente scalfita nei processi di riforma stessa (p. 132). Per Giarelli una risposta convincente a tali problemi è possibile solo a patto di utilizzare tutti gli strumenti (la cassetta degli attrezzi) che

mette a disposizione una scienza sociale nuova – la sociologia sanitaria – che nata con le teorie struttural-funzionaliste di Parsons ha subito in pochi anni un profondo arricchimento a seguito degli apporti teorici di Freidson (p. 133) e Luhmann (p. 73) e, più in generale, della Sociologia della salute europea.

Giarelli, dunque, inizia la sua analisi del/i sistema/i sanitario/i partendo da quello che definisce il *contesto significante* così come pensato da Ardigò, ma dall'autore riformulato (sulla base dell'epistemologia connessionista di Cipolla) alla luce di svariati contributi teorici successivi utilizzati poi in diverse parti del lavoro.

Per Giarelli il sistema sanitario (inteso in senso «pluralista» e quindi inclusivo dell'insieme di tradizioni mediche anche tra loro profondamente differenti – biomediche, tradizionali, popolari, alternative, sincretiche – presenti in una determinata società) va scorporato dall'originario quadrilatero di Ardigò (il *sistema di salute*) e collocato al suo centro in un rapporto bidirezionale di interconnessione (modello correlazionale aperto) con i 4 elementi costitutivi dello stesso quadrilatero: a) *la natura esterna*, intesa come ambiente esterno e habitat non umano; b) *il sistema sociale*, inteso come la trama sistemica di relazioni sociali e istituzionali; c) *il suo ambiente interno*, inteso come il corpo umano in qualità di risultante filogenetica ed entità psico-somatica, unità corpo-cervello; d) *la persona come soggetto*, capace di relazioni di mondo vitale quotidiano nella duplice forma ambivalente di «io» attore intenzionale e «sé» immagine riflessa (Mead). Le interconnessioni che legano il sistema sanitario con ciascuno dei 4 elementi di contesto sono da Giarelli così definite: di tipo *ecologico* nei confronti della natura esterna (relativo alle risorse che l'ambiente mette a disposizione); di tipo *strutturale* con il sistema sociale (relativo ai rapporti con gli altri sottosistemi: politico, economico e culturale); di tipo *bio-psichico* con il mondo interno (relativo alla valutazione dei suoi effetti sulla salute umana) e infine di tipo *fenomenologico* nei riguardi della persona come soggetto capace di relazioni di mondo vitale (relativo alla interazione della esperienza personale di salute/malattia con l'ambiente istituzionale sanitario).

I livelli di interconnessioni descritti non vanno concepiti per Giarelli in senso unilaterale come assoggettati ad un rapporto di causa ed effetto secondo il classico (e ormai datato) approccio struttural-funzionalista di Parson. Al contrario, a predominare è una visione orientata in senso funzional-strutturalista (tipica di Lhumann a cui si deve l'inversione nell'ordine e nelle priorità tra i due termini) in cui il sottosi-

stema sanitario è concepito in un rapporto dinamico con gli altri sottosistemi presenti: educativo, economico, militare ecc. (Klein). Un rapporto dunque in cui è presente la competizione per ottenere la propria quota parte di risorse definite (Field) come relative a 4 input o supporti strutturali esterni: 1) uno specifico mandato di legittimazione che si traduce in una sorta di *contratto sociale* basato su specifica normativa che ne disciplina il funzionamento; 2) una serie di conoscenze scientifiche e applicazioni tecnologiche; 3) la manodopera formata e abilitata all'esercizio professionale; 4) le risorse economiche destinate al suo finanziamento (finanziamento pubblico e spesa privata). La visione è dunque quella di una società funzionalmente differenziata (è opportuno ricordare come nel pensiero di Lhumann sia centrale il problema della complessità progressivamente crescente della società e della sua incessante riducibilità nella formazione di sistemi e sottosistemi), in cui l'unica disuguaglianza ammessa tra i sottosistemi è di tipo funzionale. Questo significa che ognuno di essi «costruisce il proprio orientamento autonomo e la propria chiusura organizzativa» al fine di esercitare un predominio sugli altri sottosistemi in quanto non è possibile predeterminare *a priori* volumi e tipologia di input (*prestazioni*) a loro disposizione. L'incremento di complessità che deriva da questo intenso *network* può essere tale per Giarelli da determinare una vera *crisi della connessione strutturale*, fenomeno questo che si sta puntualmente verificando nelle società postindustriali e che è uno degli «oggetti» indagati nel libro.

Cosa è allora all'origine di questa crisi di connessione strutturale tra sottosistema sanitario e sistema di salute? È forse la fine di quel «*contratto sociale*» idealmente stipulato tra la biomedicina e il suo paradigma (risultato vincente sulle medicine alternative), Stato e società? Per Giarelli alla base di tale crisi di connessione (da cui è originata come «risposta adattiva») la stagione delle riforme strutturali avviate negli anni '80) possono essere identificate in quelle problematizzazioni da lui definite «sfide», prodotte a loro volta dai forti mutamenti nella struttura sociale ovvero da un «sistema sociale e un ambiente interno ed esterno sempre più turbolenti e complessi e da una modificazione significativa dei soggetti-persona e dei loro mondi di connessione» (p. 118). Tali sfide sono rappresentate *in primis* dalla Sfida *inflativa* (considerata alla stregua di «fattore scatenante») e poi da altre definite *consumerista, epidemiologica e della iperspecializzazione della professione medica*. Vediamo nel dettaglio il quadro che il libro delinea.

La sfida inflativa

In accordo con Cochrane essa viene definita come «la crescita costante dei costi del settore sanitario ad un tasso di inflazione superiore al resto dell'economia a causa soprattutto dei prezzi dei beni e dei servizi ad alto contenuto tecnologico» (dall'anno '80 al '92 la spesa sanitaria pro capite cresce ad una media del 7,5% nei paesi Ocse e del 9,3% negli Usa); c'è da dire tuttavia che questo fenomeno è vero per tutti i paesi fortemente industrializzati, ma non per l'Italia, dove nel periodo 1992-2002 la crescita della spesa pubblica (+2,7) è stata eguale a quella del Pil (2,7%), essendo fortemente cresciuta solo quella privata a diretto carico del cittadino (Ocse, 2004). La crisi inflativa viene considerata da Giarelli un vero «detonatore» che mette in crisi di connessione non soltanto il sistema sanitario con il sistema societario (nella competizione per l'accesso alle risorse progressivamente più scarse), ma anche con gli altri sottosistemi. Per Giarelli infatti: «La crisi fiscale (e in questo è evidente il richiamo ad Habermas) prima e il problema della scarsità e del razionamento delle risorse poi tendono a rimettere in discussione gli input che in termini di *prestazioni* regolano i rapporti di interdipendenza tra i diversi sottosistemi sociali: le risorse economiche, la manodopera, il sapere tecnico scientifico (sempre più importante nelle società postindustriali) ma soprattutto quel *mandato di legittimazione* che sancisce istituzionalmente il riconoscimento di un sottosistema come quello sanitario» (p. 118).

Un mandato di legittimazione sotto forma di *contratto sociale* che ora viene messo in discussione nella sua capacità di riuscire a fornire risposte credibili e adeguate nella nostra era sempre più dominata dalla «incertezza». Una crisi di connessione la cui risposta adattiva limitatamente al proprio ambito sottosistemico (ricordando anche un altro elemento fondamentale del luhamnismo, e cioè la capacità di *autopoiesi* e di *autorigenrazione* dei sottosistemi) ha comportato la definizione di due diverse linee strategiche: quella della condivisione dei costi (*cost-sharing*) con tre meccanismi possibili: istituzione di franchigie, copagamento e coassicurazione (Saltman e Figueras) e quella del razionamento delle risorse o della definizione delle priorità. Molto critico è il giudizio di Giarelli sul primo dei due meccanismi per almeno due ordini di considerazioni: da un lato il *cost-sharing* appare inefficace in quanto «l'evidenza suggerisce che la condivisione dei costi riduce senz'altro l'utilizzo ma non contiene i costi»; essi infatti appaiono influenzati principalmente dal lato dell'offerta e degli erogatori, i quali

come meccanismo difensivo alla riduzione nell'utilizzo dei servizi da parte del paziente (con conseguente riduzione del reddito percepito) incrementano volume e tipologia dei servizi per contatto facendo lievitare il costo di ogni singolo caso trattato. Dall'altro per questioni di equità, come ampiamente dimostrato dallo studio *Rand Health Insurance Experiment* negli Usa, dove il meccanismo di condivisione dei costi si è tradotto in conseguenze dannose sulla salute delle classi sociali inferiori che non hanno fatto ricorso ai servizi anche in caso di reale necessità. Più interessante appare invece, nell'ambito del secondo meccanismo quello della prioritizzazione inteso come «modalità di scelta delle prestazioni sanitarie da erogare in circostanze in cui la domanda eccede le risorse disponibili». Il dibattito su tale forma di razionamento esplicito ha investito diversi paesi (Gran Bretagna, Paesi scandinavi, Olanda e la stessa Italia, almeno nelle intenzioni del d.lgs. 229 in cui tale principio viene chiaramente affermato), crescendo rapidamente di importanza. Giarelli ricorda come nella definizione di tale processo sia fondamentale il ruolo svolto da diversi attori sociali (erogatori, professionisti, cittadini, utenti e manager) la cui importanza relativa, tuttavia, varia in modo assai significativo a seconda della tipologia di sistema sanitario, e come solo in quelli ad impronta universalistica (sistema sanitario nazionale o assicurazioni obbligatorie) lo Stato ha modo di svolgere il ruolo principale nella definizione delle priorità e nelle sue realizzazioni.

La sfida consumeristica

È a partire dagli anni '60 e '70 che è venuto delineandosi un nuovo soggetto sociale sia individuale che collettivo: il paziente-utente non più disponibile a svolgere un ruolo passivo di semplice comparsa, ma interessato a divenire «co-produttore e partner nel processo di costruzione delle prestazioni sanitarie». Si è così andato progressivamente ad affermare, «nell'arena politica e più in particolare in quella sanitaria», un vero movimento, quello consumerista che, impostosi come lobby di un certo peso prima in Nord America e poi in Europa, specie in Gran Bretagna dove si è collocato sotto gli auspici dell'Associazione Consumatori (p. 95) si è poi diffuso nel resto dei paesi. Il movimento consumerista, nella cui formazione un ruolo importante hanno svolto internet e le nuove tecnologie dell'economia cognitiva, tipiche della seconda modernità (Castells), rappresenta per Giarelli la seconda sfida

per la sua rapida diffusione in diversi contesti con caratteristiche diverse: in Usa, dove ha fundamentalmente tratto origine da diversi ambiti, quali la lotta alla segregazione di pazienti psichiatrici una nuova concezione del *nursing* che ha enfatizzato il ruolo del paziente nelle decisioni concernenti l'assistenza e la implementazione della valutazione della qualità nei servizi erogati; in Gran Bretagna, dove le tematiche della partecipazione sono state sostenute in modo *bipartisan* tanto dai conservatori che dai laburisti, sebbene le ricadute in termini pratici siano state in realtà estremamente scarse tanto da fare coniare a Klein la dizione di «*top-down consumerism* o consumerismo dall'alto»; in Svezia infine, dove il fenomeno è stato particolarmente fecondo e dove si è preferito enfatizzare non tanto «la libertà di scelta» (concetto che Giarelli scandaglia mettendone in luce la componente mistificatoria), quanto la partecipazione e l'*empowerment* del paziente inteso come potere diretto del cittadino o «grado di influenza individuale sulle decisioni specifiche relative all'erogazione dei servizi». Per Giarelli la sfida consumeristica si inserisce nel macrosistema di riferimento, mettendo in crisi quella connessione fenomenologica che connette i servizi sanitari ai soggetti nelle loro relazioni di mondo vitale. A risultarne messe in discussione «sono le modalità tradizionali di questa connessione che possiamo trovare riassunte nel modello parsoniano di relazione medico-paziente da Mechanic definito come di tipo paternalista; i cui concetti fondamentali sono riassunti nel concetto fondamentale di ruolo del malato» (p. 101).

La sfida epidemiologica

La modifica intervenuta nella «patocenosi» delle malattie, con il passaggio dalle malattie di antico radicamento (tipiche della società rurale e della scarsità di cibo e igiene: pellagra, malaria, Tbc, tracoma, polio) a quelle della modernità (tipiche della fase di industrializzazione della società: cardiopatie ischemiche, tumori, malattie professionali, incidenti stradali, diabete) e infine a quelle della terza fase (tipiche della inversione della piramide demografica: demenze senili, Alzheimer e non autosufficienza) secondo l'efficace classificazione che ne fa Luzzi, evidenzia una progressiva perdita di efficacia dei sistemi sanitari. In particolare è nei confronti di queste ultime patologie, definite da Giarelli *malattie relazionali*, che la medicina evidenzia la sua incapacità a modificarne con successo la storia naturale. L'effetto che ne deriva è

quello di una messa in discussione della correlazione positiva tra salute umana e medicina e della capacità del servizio sanitario di «svolgere adeguatamente la propria funzione, ossia di minimizzare i rischi che per il sistema sociale globale la malattia nel suo ambiente biopsichico interno comporta in quanto forma di devianza». A questa crisi di efficacia i sistemi sanitari hanno cercato di rispondere con due approcci diversi: da un lato introducendo un «*policy change*», spostando il fuoco da politiche sanitarie settoriali a politiche intersettoriali nella considerazione che la salute si pone come esito di diversi soggetti istituzionali e di provvedimenti operativi molteplici; dall'altro con il superamento del paradigma interpretativo classico della condizione salute-malattia e la «differenziazione dei modelli di sapere biomedico disponibili a interpretare la mutata situazione derivante dalla transizione epidemiologica e a organizzare conseguentemente i servizi sanitari» (p. 111). La sfida della transizione epidemiologica ha come prodotto una crisi della connessione biopsichica che interconnette il sistema sanitario alla natura interna dei soggetti umani in quanto persone dotate di corpo-cervello.

La sfida dell'iperspecificità

È l'ultimo elemento considerato da Giarelli: essa deriva dal fatto che nelle società funzionalmente differenziate il sistema sanitario perde quella «*multifunzionalità* che aveva caratterizzato i sistemi sanitari delle altre forme societarie per specializzarsi in un'unica funzione sulla base di un proprio codice di orientamento autoreferenziale» di tipo binario *sano-malato*. Derivano da questo ordini di problemi diversi. Dal punto di vista macro la trasformazione della medicina stessa da *vis medicatrix* a elemento di patogenicità e Giarelli richiama il fondamentale lavoro svolto da Illich con la sua analisi della iatrogenesi (ovvero il potere patogeno della diagnosi e della terapia e i danni provocati paradossalmente dalle cure stesse) e dei suoi diversi livelli di espressione: clinica, sociale e culturale; dal punto di vista micro un approccio alla malattia e al soggetto malato di tipo ultra specialistico con perdita della visione *olistica* della persona umana e la riduzione dell'individuo a sommatoria di organi; da qui la frustrazione del cittadino-paziente che non accetta più ciecamente l'autorità del medico con cui rifiuta il vecchio rapporto verticale di tipo paternalistico e che quindi, per soddisfare le proprie esigenze, si rivolge a nuovi approcci di cura (le medi-

cine e le cure alternative rapidamente diffusesi in tutto il pianeta e ora fatte proprie anche dal complesso industriale assicurativo).

Per Giarelli dunque, alle sfide poste dalla attuale era dell'incertezza ai servizi di *welfare* nati e cresciuti nel rassicurante orizzonte fordista, ha fatto da risposta adattiva l'adozione di «riforme» di strutture; riforme che vanno intese come strategie di *policy*, come concatenazione di eventi (succedutisi nel tempo) che hanno coinvolto protagonisti diversi e contesti diversi in una arena politica (*politics*) in cui sono ravvisabili almeno i seguenti elementi: a) il contesto generale comprensivo della situazione economica, della struttura del sistema politico, dei valori societari presenti e degli influssi esterni; b) gli attori sociali rappresentati da élites politiche, professionisti, cittadini e gruppi di pressione; c) il contenuto dei percorsi di riforma nei suoi elementi costitutivi di obiettivi e strumenti; d) gli eventi.

Quali sono, si chiede ora Giarelli, le ricadute che tutto questo ha comportato sulle professioni sanitarie?

Da dove origina quel «malessere della professione» che accomuna il destino dei professionisti di tutto il mondo e che ha assunto, dopo l'epoca d'oro della professione (databile secondo Tousijn tra gli anni '20 e '60 del XX secolo; p. 61) le dimensioni di un vero declino, fonte a sua volta di frustrazione, marginalizzazione e proletarizzazione crescente?

Siamo dunque pervenuti al punto centrale del lavoro di Giarelli al problema a cui l'autore dovrà dare risposta con la sua analisi dei 5 casi nazionali condotta prima singolarmente e diacronicamente e poi sincronicamente in forma comparata (pp. 171-376).

Il confronto tra i diversi paesi prescelti (di ciascuno dei quali vengono ricostruiti con grande efficacia: contesto socio economico; evoluzione storica delle modalità di offerta assistenziale e forme di dominanza e relazioni di potere tra i diversi attori: professionisti, manager, complesso farmaco-industriale e cittadini) avverrà sulla base di un modello che Giarelli concepisce come costituito da *tre livelli analitici significativi*, per ognuno dei quali vengono elencati specifici indicatori di misurazione: il *micro* dei processi sociali e di interazione e della dimensione clinica (le cui variabili fondamentali sono il grado di autonomia e di autorità dei professionisti); il *meso* dei contesti sociali e della dimensione organizzativa (la cui variabile è il tipo di divisione del lavoro presente) e il *macro* delle strutture sociali nell'ambito della differenziazione sociale e della dimensione strutturale (le cui variabili sono il livello di controllo e la dominanza).

Nella terza parte del libro vengono tratte le valutazioni analitiche comparative e le conclusioni del lavoro con la delineazione di quattro scenari emergenti. Per giungere a questo Giarelli pone inizialmente il problema se le riforme dei diversi paesi abbiano teso o no verso un modello comune di tendenziale univocità (*ipotesi di convergenza*), illustrando le due linee di pensiero divergenti a tale riguardo. Fautore più autorevole dell'ipotesi di *convergenza* è l'economista Dov Chernichovsky, per il quale alla fine della crisi e delle stagioni delle riforme ci sarebbe un nuovo paradigma di tipo tecnocratico che supera quello precedente fortemente ideologizzato e polarizzato in senso politico; per l'economista israeliano dal consenso crescente sull'importanza di alcuni fattori (accesso alle cure, ruolo della sanità, costi, responsabilità nei confronti del consumatore, forme di regolazione del sistema) si convergerebbe verso una «idea» di servizio sanitario in cui ogni cittadino «ha il diritto ad un “pacchetto” di assistenza sanitaria socialmente garantita in cui le tre fondamentali funzioni-chiave diventano: il finanziamento del sistema (fondamentalmente pubblico per garantire accesso universale e controllo dei costi), l'organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria (come funzione distinta per garantire maggiore efficienza e qualità nei confronti del cittadino cliente) e l'erogazione dell'assistenza sanitaria (con la separazione tra funzione di management di erogazione di prestazioni attraverso la creazione di *mercato/i interno/i*)» (p. 388). Contrario all'idea di convergenza è invece Mark Field «che mette in luce soprattutto il ruolo della diversità culturale: il particolarismo in cui in realtà la pratica medica è intrisa nei diversi contesti societari rende il processo di comparazione dei sistemi sanitari e lo stesso valore euristico di questo esercizio complesso quando non frustante». Per Field ogni sistema sanitario è dunque la risultante di una dialettica tra universalità della scienza e particolarismo del contesto in cui essa viene applicata. La posizione che Giarelli esprime è in linea con quest'ultimo, in quanto per lo studioso bolognese «la diversità dei modelli storici di sistema sanitario è in grado di assorbire e rimodellare la spinta delle riforme derivante dai comuni problemi di connessione secondo specifiche modalità proprie di ogni sistema. La vera utilità del “paradigma emergente” proposto da Chernichovsky consiste forse nell'aiutarci a considerare i sistemi sanitari contemporanei in maniera più comprensiva di quanto il riduttivismo dell'approccio dualista (domanda-offerta) costruito sul modello del mercato, utilizzato solamente dagli economisti, avesse consentito di fare» (p. 393). In realtà per Giarelli l'analisi dei diversi contesti consente di andare

oltre tale ipotesi della convergenza in quanto «gli effetti delle riforme non presentano una univocità di caratteristiche ma lasciano aperto il campo ad un ventaglio di possibilità meglio definibili in termini di aspetti diversi talora ambigui e contraddittori, spesso di tipo bipolare» (p. 460).

Per tali motivi Giarelli propone la sostituzione del termine *convergenza* con quello di *ambivalenza* (Merton e Barber), che rende possibile individuare una serie di *trade-off* prodotti retroattivamente dalle stesse riforme sulle politiche sanitarie; così al livello *micro* il *trade-off* emergente è quello tra razionalizzazione in senso manageriale e *empowerment* come rafforzamento del potere decisionale del paziente; a livello *meso* tra ampliamento dei confini della sfera sanitaria, con l'inclusione delle *medicine alternative* e del settore informale del *self-help* e della *community care*, e alienazione degli operatori e crisi di efficacia della divisione del lavoro tra le diverse giurisdizioni mediche; a livello *macro* tra equità e solidarietà e competizione ed efficienza.

Poiché i termini di ciascuna di tali bipolarità esprimono contenuti diversi capaci di generare, a seconda della loro prevalenza relativa, esiti fortemente divergenti è possibile per Giarelli ipotizzare, in funzione dei diversi mix tendenziali, quattro diversi scenari che consentono di risolvere anche il secondo quesito posto nel libro e relativo al problema della evoluzione della dominanza medica.

Il primo scenario è quello della *corporatizzazione o industrializzazione* della sanità, che ha trovato modo di esprimersi in modo assai compiuto nel caso degli Usa; in tale paese infatti l'esito è stato quello di uno spostamento del sistema verso l'asse della dominanza di mercato ad opera del complesso sanitario-industriale (con il concorso dei cittadini nella veste di consumatori-clienti) e di un superamento di fatto della precedente dominanza medica. Il secondo è quello del potenziamento dell'equità e dell'*empowerment* definito da Giarelli *alternativo*, tipico della Svezia ma con scarse possibilità di concreta realizzazione per il potenziale rischio di scarsa efficienza e integrazione; in esso la dominanza medica verrebbe sostituita da una sorta di dominanza societaria. Il terzo definibile solo nei termini di *oscillatorio o pendolare*, caratteristico delle realtà europee e in particolare di Germania e Gran Bretagna, vedrebbe un sostanziale mantenimento dell'attuale equilibrio in cui anche la dominanza medica continua a giocare il ruolo finora svolto seppure in forma più mitigata. Il quarto, e ultimo, definito *statico* e tipico della Francia, vedrebbe bloccato l'asse centrale sulla dominanza medica rispetto a tutti i *trade-off* indicati; resta da vedere se

tuttavia tale modello riuscirà anche ad essere stabile nel tempo. Giarelli è ora arrivato alla fine del suo lungo e impegnativo percorso di analisi e si congeda utilizzando un concetto fondamentale del pensiero di Durkheim con l'affermazione che «un nuovo contratto sociale tra medicina, Stato e società non è ancora all'ordine del giorno dell'agenda politica delle società postindustriali: ma è proprio questa situazione anomica tra “il non essere più” e “il non essere ancora” che fa tutta la complessità di quelle fasi che si chiamano di transizione». Il libro di Giarelli va a colmare una lacuna in questo campo complesso della analisi comparativa ma anche di merito dei servizi sanitari dei paesi industrializzati. Il rigore scientifico e un sapiente mix tra teoria e empirismo della ricerca è la cifra di questo trattato che affronta in modo esauriente e convincente il complesso dei problemi che ruotano attorno alla salute umana e alla sua definizione, alla medicina come paradigma scientifico in via di ridefinizione, ai pazienti come soggetti e come clienti e al mercato e alla sua forza pervasiva. Il libro è dunque un'opera di vera chiarificazione del contesto sanitario e sociale e dei mondi che lo compongono, di cui vengono messe in evidenza le interconnessioni funzionali ben oltre il semplice riduttivismo economicista delle teorie prevalenti che si ostinano a ricomprendere la complessità dell'universo sanitario all'interno degli angusti confini dell'idealtipo del mercato.

Bioetica: riflessioni per un riposizionamento tematico

Fabrizio Rufo

I progressi della ricerca scientifica hanno messo a disposizione una serie di conoscenze che riguardano l'intero ciclo vitale degli esseri umani dalla nascita alla morte.

La sopravvivenza e l'evoluzione non sono più affidate esclusivamente al «caso» ma diventano oggetto di progettualità e, quindi, di scelte e decisioni. Questo cambiamento

strutturale, oltreché ridefinire le forme del processo di socializzazione, fornisce chiavi di lettura per la comprensione della crisi delle appartenenze culturali.

Il dibattito etico si combina quindi con un problema di convivenza civile, che solo nel recupero della centralità della democrazia può trovare saldatura e prospettiva.

1. Uno scenario di riferimento

I progressi della scienza e della tecnica ci costringono a ripensare l'intero patrimonio d'esperienze e di strumenti culturali maturati tra Ottocento e Novecento che si dimostrano sempre di più inadatti a recepire le conseguenze che scaturiscono dal passaggio dalla fase dell'espansione a quella del miglioramento del ciclo di vita (Buchanan e al., 2000). In questi ultimi decenni, la capacità di progettare, programmare, operare sul profilo biologico degli organismi viventi in tutte le sue fasi: nascita, sviluppo, morte, ha imposto, quale oggetto della riflessione etica, il tema nodale di una libertà esistenziale dai contorni del tutto nuovi e spesso indefinibili: «dalla concezione dell'uomo dotato di un'essenza umana siamo passati insomma alla concezione dell'uomo in evoluzione e infine alla concezione dell'uomo in una evoluzione che lo ha reso capace di indirizzare la propria evoluzione» (Scarpelli, 1998, p. 239). È proprio l'incapacità di gestire questa libertà che scatena paure irrazionali e spinge verso scelte culturalmente retrive. La responsabilità derivante dalla possibilità di controllare la propria evoluzione per preservare l'integrità della specie o per perfezionarla, è una prospettiva che si scontra con secoli di storia delle idee (religiose e non). Non solo gli scienziati, ma anche le persone comuni capiscono che il lavoro dello scienziato non è più legato ad oggetti/strumenti

ma riguarda e tocca la vita di tutti (Tagliagambe, 2003). Ci troviamo, pertanto, in presenza della destrutturazione di prassi, strumenti e istituzioni consolidate, grazie alle quali nel secolo scorso si è costruito il nesso tra scienza, democrazia e diritti.

La nascita della bioetica e il suo rapidissimo sviluppo non sono pertanto dissociabili da questo rimescolamento di acquisizioni scientifiche, culture politiche, soggetti sociali che richiede la formulazione di una nuova moralità adeguata alle sfide e ai cambiamenti prodotti (Mori, 1993; Lecaldano, 2004). Per questa sua caratteristica intrinseca la bioetica ha dovuto, da subito, sia confrontarsi con diverse discipline sia definire dei campi d'interesse che non riguardano solamente situazioni reali legate a individui ad un livello personale o interpersonale, ma ha prodotto riflessioni morali anche nell'ambito dell'etica pubblica. La bioetica non ha affrontato solo le questioni connesse alla frontiera della ricerca scientifica (clonazione, terapia genica, biotecnologie) ma ha affrontato anche problematiche legate alla «quotidianità»: la malattia, le relazioni medico-paziente, la relazione uomo-donna, le generazioni future, la sofferenza, l'accanimento terapeutico, l'equità nell'accesso alle cure, aprendo in questo modo nuovi spazi di riflessione all'etica applicata (Berlinguer, 2000). Recentemente, una definizione più complessiva che include queste diverse tendenze è stata proposta da Eugenio Lecaldano, il quale definisce la bioetica come: «l'insieme delle riflessioni sui problemi etici che accompagnano le scelte umane nelle situazioni che influenzano le condizioni degli esseri viventi. La vita chiamata in causa può essere la vita della persona stessa che sceglie oppure quella di altri individui, come accade nella "bioetica in senso stretto" (concernente in generale i problemi legati alla nascita, alla cura medica e alla morte degli esseri umani) oppure – collocandoci così all'interno di una "bioetica in senso largo" – si può riflettere sulle implicazioni che le nostre scelte hanno per la vita di esseri non appartenenti alla specie umana, come le varie specie animali, o, in prospettiva ancora più allargata, per la vita vegetale propria per esempio di alberi, piante e così via» (Lecaldano, 2003, p. 233). Nel suo rapido sviluppo la nuova disciplina ha cercato di conformarsi come un terreno di confronto "civile" capace di compensare le differenze, i dilemmi, spesso i conflitti causati dalla compresenza sia di una moralità consolidata ma sempre più inadeguata e sia le spinte ad un suo rinnovamento (Singer, 1996). La presenza di questo confronto spesso aspro e ideologicamente pre-determinato ha impedito il pieno dispiegarsi delle potenzialità della bioetica quale condensatore di culture e

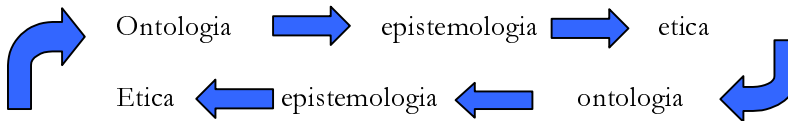
saperi in grado di ridefinire e riformulare in termini nuovi il tema della multieticità e del suo governo allo scopo di giungere alla ridefinizione del contratto tra scienza e società. Tutto ciò ha intralciato la possibilità di dare corpo ad una «razionalità collettiva», intesa non come indistinta partecipazione ma come scelte che siano il risultato dello scambio di informazioni tra soggetti diversi che rappresentino una molteplicità di posizioni, ciascuna libera di esprimersi secondo i propri orientamenti, e siano l'esito di un confronto aperto, chiaro e trasparente capace di innervare la società della conoscenza di contenuti politici e relazionali adeguati ai livelli di comprensione e acquisizione scientifica ai quali siamo giunti.

2. *Verso un'epistemologia sociale?*

Per affrontare i nuovi dilemmi morali proposti dal progresso delle bioscienze, è necessario tenere conto di come queste abbiano cambiato nettamente i limiti del nostro agire e lo spettro delle nostre esperienze in una prospettiva multidimensionale (Elias, 1988): «una caratteristica essenziale della terza rivoluzione scientifica è il presupposto fondamentale che i fenomeni naturali avvengano in uno spazio e in un tempo non necessariamente isotropi e si compongono di una sostanza che si manifesta sotto forma di materia o di energia (soltanto la somma di entrambe è costante) e anche di un'entità particolare non riducibile a questa e che chiamiamo oggi informazione. Questo postulato può giustificare la teleonomia delle strutture esistenti in natura senza doverla giustificare con una teleologia superiore. Non si tratta di predestinazione ma della possibilità di invenzione, di creazione» (Grmek, 2003, p. 27).

Quello che appare non ancora sufficientemente indagato e valutato, sul piano generale della teoria della conoscenza, è la non riducibilità di queste problematiche di estrema complessità entro schemi concettuali più facilmente gestibili e, in qualche modo, rassicuranti, tracciando, ad esempio, una netta ma sterile linea di demarcazione tra *naturale* e *artificiale*. Si tratta di uno schema concettuale che consente di impostare, semplificandolo, la questione del rapporto tra scienza e società. «Rendiamoci conto, ad esempio, che imporre il rispetto del “caso”, là dove è stato cancellato dalla scienza, non significa ricostituire “lo stato di natura”, bensì disciplinare in modo socialmente nuovo la libertà e le relazioni tra le persone» (Rodotà, 2004). La caratteristica del dibattito

tende cioè ad essere schiacciata sull'utilizzo di categorie concettuali tradizionali e con esse di modelli comportamentali e culturali individuali e collettivi del tutto inadeguati. In altri termini, le rassicuranti assunzioni ontologiche sulla struttura *a priori* del mondo non reggono più a livello scientifico: il mondo non si presenta spezzettato in categorie nitide e riconoscibili (Tagliagambe, 1997). L'insorgere delle scienze intenzionali, quelle aventi a che fare con simboli, significato, riferimento, interpretazione – è il caso delle bioscienze – pone in discussione l'immagine tradizionale del conoscente esterno al conosciuto, la quale nonostante aspiri alla completezza, non può infatti spiegare se stessa. «Il mondo, inoltre, è *molle* (nel senso di debolmente correlato), quindi a volte risulta difficile *dedurre*, da quello che succede vicino a me, quello che succede altrove. D'altra parte, fortunatamente questa stessa mollezza – in altre parole: i gradi di libertà locale – implica pure che un agente (se dotato di una qualche intelligenza) può riorganizzare i propri stati interni con considerevole libertà» (Cantwell Smith, 2003, p. 159). Si tratta di una considerazione che nella sua essenzialità ha implicazioni di enorme portata perché la sua accettazione implica che l'ontologia è indissolubilmente legata all'epistemologia e l'epistemologia all'etica.



Un sorta di *principio d'indeterminazione sociale* quello proposto da Brian Cantwell Smith con il quale è possibile evidenziare come la scienza non possa più considerarsi estranea ai grandi problemi morali che nel passato erano territorio di indagine delle religioni e della filosofia. La visione dualistica di un mondo di oggetti materiali campo di indagine della scienza, e di un mondo dello spirito in cui valgono i valori e la soggettività non è più sostenibile. La possibilità di agire intenzionalmente sul vivente determina azioni cariche di intenzione, di valore. In altri termini non agiamo più su oggetti esterni, ma indirizziamo, ci facciamo carico, in prima persona della nostra evoluzione verso una direzione (Di Mauro-Maffettone, 1997). Se questo è il quadro di riferimento, è chiaro che lo scienziato non può più seguire solo le regole della sua disciplina scientifica, ma deve anche porsi il problema del senso, del significato che le sue ricerche hanno per la vita dell'uomo: la scienza «si sta preparando ad affrontare domande di ampiezza sen-

za precedenti [...] domande come: quali sono le cose che contano, che vanno prese sul serio – e anche: quali sono i valori?» (Cantwell Smith, 2003, p. 181). Questo passaggio, ad esempio, è essenziale se vogliamo cogliere la tensione esistente tra organizzazione sociale dell'uomo, il ciclo dell'ecosistema e la crescente soglia di crisi tra queste due sfere. È stato proprio l'emergere della questione ecologica, a costringerci a superare la dicotomia uomo e natura cominciando a ragionare nei termini dell'uomo nella natura adottando in questo modo un modello processuale nell'esame dei rapporti e dei fenomeni economici, politici e sociali, i quali non si prestano ad un'analisi causale de-terministica, lineare, ma possono essere affrontati da prospettive diverse ed evidenziare molti tipi d'incertezze significative e irriducibili. Esistono cioè più soluzioni possibili per i problemi e numerosi sono i portatori di interessi coinvolti dalla scienza. «È diventato sempre più evidente che in questioni complesse, laddove manchino soluzioni precise e sia necessario l'appoggio di tutti gli *stakeholders*, la qualità del processo decisionale sia un elemento cruciale per la realizzazione di una decisione efficace. Di conseguenza, ogni strategia per risolvere i problemi deve considerare tutte le posizioni dei diversi *stakeholders*» (Funtowicz, 2003, p. 197). Siamo quindi di fronte ad un cambiamento di paradigma nel senso kuhiano del termine (Kuhn, 1970) perché oltre a essere ridefinite le forme del processo di socializzazione dei progressi tecnico-scientifici, sono fornite chiavi di lettura per l'analisi delle radici e dei caratteri della odierna crisi dell'appartenenza culturale. Si tratta di un fenomeno dal quale derivano non solo le valutazioni fortemente differenziate su cosa sia oggi la riflessione sulla scienza, ma soprattutto elementi che consentono di meglio definire perché, sempre con maggiore frequenza, ad essere posto al centro della discussione pubblica è un interrogativo radicale e pericoloso come quello della idoneità della scienza ad essere uno dei fondamenti legittimanti e costituenti della società democratica (Rossi, 2002); la discussione sul darwinismo (Dennet, 1997), e il tentativo di porre in discussione la teoria dell'evoluzione, è indicativa di questa tendenza. Una discussione di questa natura chiama in causa non solo l'etica, ma anche le modalità di accreditamento e i tipi di interazione della scienza e della tecnologia con il sistema sociale e ci ricorda che solo la sintesi di tutti questi elementi consente l'espansione delle libertà reali compresa quella fondamentale della ricerca scientifica.

3. Il principio di precauzione

Con l'introduzione di nuove tecnologie, la scoperta di nuove sostanze e l'utilizzo di nuove tecniche, lo studio e la percezione dei rischi sono progressivamente diventati due obiettivi primari della politica dei governi, dei gruppi industriali e degli organismi preposti alla ricerca scientifica. In particolare, con l'affermarsi della questione ecologica, il concetto di rischio ha assunto una forma del tutto diversa, assumendo una dimensione di massa perché ci si rende conto che i rischi percepiti dalla collettività non sono imputabili alla natura o alla fatalità, ma nascono da scelte mosse dalla ricerca di vantaggi o benefici (Starr, 1969) che si rovesciano invece sulla collettività con effetti imprevisti, con conseguenze non desiderate (Beck, 2000). La situazione d'incertezza che ne deriva, rende sterile pensare di trovare delle risposte soddisfacenti ragionando nel ristretto ambito di coppie asimmetriche e valutative, come vero-falso, buono-cattivo, naturale-artificiale. In questa prospettiva, il problema nell'impostare un discorso sul rischio si trasforma in una più generale riflessione sulle basi etico-sociali che devono caratterizzare l'odierno rapporto scienza-società. Un primo problema di carattere generale sembra incontrarsi nel definire il concetto di principio di precauzione il quale, espresso come principio nell'articolo 15 della Dichiarazione di Rio nel 1992 su ambiente e sviluppo, nel quale si afferma che: «qualora non esiste il pericolo di danni seri o irreversibili all'ambiente o alla salute, la mancanza di piena certezza scientifica non può costituire una ragione per posporre misure di prevenzione», nella sua traduzione e applicazione tende ad assumere una serie di conformazioni diverse e fortemente contrastanti (Bartolommei, 2001, Tickner, 2003). Il problema centrale che emerge è stabilire le relazioni tra i diversi soggetti che lo determinano e governano. In altre parole chi pone le regole, chi le interpreta, quanto siamo disposti a considerarle rivedibili e modificabili, e perché? Il ricorso al principio di precauzione sembra quindi dipendere dalla mancanza o dalla disponibilità di tutti gli elementi necessari per effettuare la valutazione del rischio. Questa insufficienza s'innesta quindi con la necessità di evitare di darne una spiegazione che non può essere ridotta e compressa esclusivamente nel rispetto deontologico delle procedure scientifiche e giuridiche. Lo spostamento dell'asse teorico-culturale che questo cambiamento comporta, giustifica il venire meno ed il superamento di un paradigma incentrato su di un'analisi di stampo positivista completamente dissociata dalla natura macroscopica e com-

plexa della società contemporanea. Più specificamente il principio di precauzione indica la necessità di una gestione collettiva del rischio nel senso che è la comunità tutta a doversi confrontare con modelli di percezione differenziali e con la necessità di trovare una sintesi tra linguaggi. Si tratta, in altri termini, del ribaltamento di una tendenza all'individualizzazione della gestione privata del rischio che si è affermata in questi decenni sull'onda dell'affermazione del modello neoliberista nel quale «i pericoli generati collettivamente vengono scaricati nei mondi privatizzati delle singole vittime e trasformati in realtà che devono essere affrontate individualmente e contro le quali bisogna lottare individualmente» (Bauman, 1996, p. 206). Questo significa che si devono stabilire le condizioni di accreditamento pubblico per i diversi saperi diretti a plasmare le scelte sociali; che si devono individuare le forme di controllabilità pubblica di tali conoscenze; che nessuna forma di sapere può essere fatta valere unicamente in base a una predefinita validità. Si tratta in altri termini di costruire una *governance* del rischio che comporta la necessità di ridimensionare quella posizione *filosofica* che vede nel rischio e nei possibili danni la condizione necessaria per l'innovazione e il progresso. Il concetto stesso di principio di precauzione si pone quindi come un allargamento della democrazia attraverso un maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle questioni connesse alla scienza. Anche se non è chiarito in termini netti, il quadro di riferimento sembra difficilmente separabile dal complesso di una realtà socio-culturale che sembra richiedere con forza un maggiore coinvolgimento dei cittadini di fronte all'emergere di situazioni sempre più frequenti di complessità scientifica (Tallacchini, 2000). Nel quadro della decisione politica questo pone anche il problema della democrazia, perché si tratta di una modalità di gestione del rischio che è anche un modo di ripensare l'etica pubblica, l'economia, la protezione sociale. In ogni caso, per quanto risulti controverso definire metodologicamente il principio di precauzione, è possibile affermare che si tratta di un atteggiamento metodologico che corrisponde ad una assiologia ispirata ai valori della democrazia. In altri termini, pur rimanendo intatto il valore della conoscenza fondata sul metodo scientifico, «Ciò non equivale a sostenere una "santificazione" del sapere scientifico, ma piuttosto a rilevare che, se da un lato si deve osservare la coesione logica della scienza con i principi che reggono gli ordinamenti sociali contemporanei, dall'altro tale coerenza è anche oggetto di un dovere di conservazione nei confronti dello statuto assiologico della scienza: di ciò che ne fa un valore, invece che un pote-

re nelle mani di pochi» (Tallacchini, 2000, pp. 94-95). È riduttivo interpretare tali posizioni come istanze anti-scientifiche, si tratta invece di favorire una comprensione più approfondita dei complessi legami tra scienza e società, individuando modalità e procedure più adeguate nella determinazione delle scelte scientifico-tecnologiche alla base delle trasformazioni sociali e civili (Jasanoff, 2001). La presenza di questo tema richiede non un neopositivismo acritico ma lo sforzo verso la costruzione di categorie analitiche capaci di assorbire ed interpretare il nuovo corso impresso al processo di civilizzazione. In questa prospettiva, la rielaborazione dei criteri di appartenenza etico-politica si combina quindi con un problema di convivenza tra saperi che solo nel recupero della centralità della democrazia può trovare saldatura e prospettiva. I cambiamenti intervenuti nel rapporto tra scienza e società stanno infatti incidendo profondamente sugli assetti istituzionali e sull'insieme dei diritti che si ricollegano alla nozione di contratto sociale, e in particolare all'idea di Stato dei diritti (Tallacchini, 1999; Tallacchini-Doubleday, 2001).

4. *Rischio e malattia*

Rischio è quindi una parola dentro la quale possiamo leggere i tanti significati della malattia che può essere così ricondotta alla sua dimensione totalizzante e pervasiva dell'esperienza umana (Sarnelli, 2000). Di fronte alla tendenza alla parcellizzazione evidenziata dal metodo scientifico nella seconda metà del Novecento, riconsiderare il concetto di rischio ci consente di valorizzare connessioni interdisciplinari attraverso le quali la storia della medicina viene assunta in una considerazione non dimentica del suo contesto più generale: la storia delle malattie antiche diviene occasione per creare un ponte tra il sapere attuale e le fonti antiche e la storia della scienza viene guardata nella sua dimensione di «laboratorio dell'epistemologia», superando così l'illusione che potenzialmente accompagna l'atto epistemologico connesso ad ogni scoperta scientifica e che spinge solo verso la spiegazione strettamente logica, o psicologica ed essenzialmente irrazionale, oppure sociologica: «queste tre convinzioni hanno un'origine comune: la dissociazione della triade unitaria che è costituita dai tre aspetti propri del conoscere e corrisponde alla triade costitutiva del concetto di uomo in quanto specie, individuo e membro della società» (Grmek, 1998, p. 15).

Ciò è tanto più vero nella società contemporanea, dove la discussione sulla scienze biomediche si è progressivamente proposta come laboratorio per la verifica di nuovi paradigmi scientifici e culturali e per una rilettura delle culture politiche. Alla base dell'attuale società del rischio, si trova la ricerca di un mediatore tra scienza e società che interpreti e riformuli tecnicamente i bisogni, consentendo di utilizzare correttamente le nuove conoscenze. Ciò implica la realizzazione di un più adeguato modello di crescita culturale in grado di porre in discussione e ridefinire modelli di comportamento individuali e collettivi. Se si prendono in esame, ad esempio, due malattie fortemente significative dell'epoca contemporanea come Aids e cancro e se ne analizzano le costruzioni simboliche che vi gravitano intorno, si constaterà come la malattia non sia mai semplicemente un fenomeno fisico: per arrivare ad essere percepita come oggetto d'attenzione dalla società è necessario che se ne evidenzi quel valore che si colloca al di là della semplice rilevanza clinica. La malattia si presta ben poco ad essere circoscritta nello spazio di poche pagine: colta all'interno della storia del pensiero è, infatti, percorso complesso, arricchito progressivamente dal confluire di numerose correnti, segnato da molti ostacoli e guidato da forze esterne verso luoghi, almeno in parte, estranei alla sua natura. È quindi preferibile, per chi voglia tentare di coglierne il disegno, utilizzare una «chiave di lettura» unificante seguendone le tracce nell'evoluzione epistemologica di un concetto, tra i tanti, che abbia svolto un ruolo paradigmatico determinante all'interno del pensiero medico. In questo senso, la «concezione» della malattia, – o delle malattie – appare in virtù della sua potenza euristica, per le notevoli implicazioni di ordine simbolico e la funzione assolutamente centrale che essa svolge all'interno della medicina, sia in senso clinico che terapeutico. La malattia tuttavia, resiste ad ogni tentativo di riduzione, sfugge ad ogni griglia interpretativa rigida, non si lascia ricondurre ad un'entità della realtà esterna «naturalmente» data. Osserva in proposito Grmek: «Le malattie esistono in quanto specie nosologiche solo nel quadro di un sistema interpretativo della realtà patologica. Le entità nosologiche sono concetti dai contorni arbitrari che non derivano immediatamente in quanto tali dalla nostra esperienza vissuta e variano nello spazio (diversità culturali) e nel tempo (differenze storiche). Le malattie sono dei modelli esplicativi della realtà e non suoi elementi costitutivi. La suddivisione dell'insieme dei fenomeni patologici in entità nosologiche (il modello medico della malattia) presuppone una scelta filosofica. I fattori culturali intervengono necessariamente

in questo processo intellettuale. Tuttavia, la concettualizzazione delle malattie può essere uno strumento valido, un'arma efficace nella lotta per il miglioramento della vita degli individui solo nella misura in cui riflette e organizza in modo logico ed efficace la realtà fisica e biologica» (Grmek, 1993, p. 516).

In questa prospettiva descrivere una malattia consiste, almeno in parte, nell'interpretazione della realtà e nell'assegnazione di un significato ai fatti osservati, nel loro inserimento in una prospettiva complessa e dal senso riconoscibile. Al tempo stesso, il tentativo di descrivere la salute ci coglie impreparati e rende inadeguati gli strumenti concettuali d'aiuto sino ad oggi nella scoperta delle cause e nell'individuazione delle terapie. L'elusività della salute è ora la vera questione teorica della medicina, la cui comprensione, sempre di più, riteniamo sia possibile solo in un'ottica fenomenologica, ma senza giungere del tutto a spiegarla, né a descriverla scientificamente in quanto fenomeno emergente ad un livello superiore di integrazione. Il rischio, in questa prospettiva, si ripropone nella sua dimensione collettiva e nella sua accezione più ampia, che si riferisce a tutto ciò che gli individui percepiscono come minaccioso per la propria esistenza (Chen-Leaning-Narasimhan, 2003). Nel loro combinarsi, il rischio e la malattia rappresentano uno dei terreni più affascinanti e controversi della bioetica, attraverso il quale è possibile inquadrare sia i processi dinamici delle forme sociali organizzate sia le modificazioni più profonde che interessano le forme organizzative della scienza, dell'economia e del diritto attraverso cui si esprime.

5. Tra bioetica e biopolitica: un'ipotesi interpretativa

L'aspirazione ad una vita più lunga, ad un migliore stato di salute, a più elevati livelli d'istruzione e di formazione: sul territorio dei diritti si sta determinando una sorta di affollamento che pone grossi problemi di equa distribuzione delle risorse e delle conoscenze non solo a livello degli Stati nazione tradizionali, ma a livello mondiale (Stiglitz, 2001). Nello stesso tempo, nelle società sviluppate, a causa della spinta dei cambiamenti che interessano il mondo del lavoro, la famiglia e la società nel suo complesso, il sistema dello stato sociale nato nel dopoguerra non è più in grado di garantire ai cittadini quella sicurezza sociale che fino a qualche decennio fa sembrava garantita a tutti. (Esping-Andersen, 1993; Paci, 2004). La globalizzazione comporta u-

na profonda ristrutturazione della produzione e il lavoro diventa sempre più precario da un lato, ma permette maggiore libertà e realizzazione di sé dall'altro; quest'insieme di cambiamenti ha posto al centro il tema fondamentale del superamento di modelli consolidati dell'esperienza morale individuale e collettiva (Bauman, 1996). Grande importanza assume in questa prospettiva una produzione culturale che non si limiti alla discussione nella comunità scientifica (Rossi, 1998). Anche la scienza deve farsi carico delle domande di sicurezza, dei dubbi e dei rischi a cui siamo tutti esposti in una fase di grandi cambiamenti a livello mondiale. La capacità di agire direttamente sul profilo biologico degli organismi viventi in tutte le sue fasi: nascita, sviluppo, morte, se da un lato crea nuovi dilemmi morali, allo stesso tempo ridefinisce gli spazi delle stesse culture politiche e con essi il più generale tema dei diritti perché, in modo particolare, pone il tema fondamentale della riproduzione tecnica degli individui e con esso il rapporto tra riproduzione e produzione (Cleveland, Jacobs, 1999). Si tratta di uno dei crinali più densi di implicazioni di questo inizio millennio che accende questioni e interrogativi sempre più complessi che ruotano intorno alla possibilità del miglioramento e della mercificazione dei corpi e alla riproposizione, in forme nuove, del tema della biopolitica e cioè del ruolo della vita nello spazio politico pubblico (Koivusalo, 2000; Rose, 2000; Santosuosso, 2001). Non a caso uno dei punti su cui riflettere è che nelle questioni di bioetica sempre più frequentemente la domanda non è una domanda di diritti per sé. La tradizione del confronto e della controversia della politica democratica è la tradizione di un confronto fra alternative e domande miranti alla soddisfazione di interessi presentati come diritti. Ma quando, ad esempio, ci si batte contro la clonazione, contro l'eutanasia, coloro che si esprimono contro hanno delle ragioni che dipendono dalla loro concezione del bene: in altri termini, non chiedono nuovi diritti, ma si battono perché vi sia un diritto a impedire che altri facciano ciò e questa non è solo una forzatura cui è sottoposta la moderna etica pubblica, ma è un pericoloso ritorno a quella premoderna mescolanza di diritto, politica e morale, contro la quale si sono battuti i teorici del moderno stato laico dei diritti (Viano, 2002). In questo senso, la ridefinizione del rapporto tra scienza e diritti si pone come una estensione della democrazia attraverso un maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle questioni connesse alla conoscenza. La democratizzazione di questo rapporto passa quindi attraverso una duplice esigenza. In primo luogo vi è la necessità di estendere la consultazione con gli scien-

ziati; inoltre, si deve provvedere a un maggiore coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni a base scientifica che tocchino direttamente la società civile, mediante grandi investimenti nel campo educativo. In altre parole, la capacità di valutare le opportunità e le scelte non solo nei termini della loro utilità, ma anche nei termini della quantità di libertà che esse producono, contribuisce a definire i confini di una società giusta (Charlesworth, 1996). Ciò è tanto più vero alla luce delle nuove conoscenze biomediche le quali, nel proporre una libertà esistenziale senza precedenti nella storia dell'uomo, richiedono un più adeguato modello di crescita culturale in grado di ridefinire consolidati modelli comportamentali individuali e collettivi e di garantire la rappresentanza del processo di formazione della decisione politica e sociale.

La bioetica può fornire strumenti importanti per dare risposta a queste esigenze. Una risposta che non può trovarsi e ridursi nella tradizionale e netta separazione tra il campo di pertinenza della scienza e quello proprio dell'etica, ma deve essere ricercata in una rinnovata comunicazione e integrazione di entrambe, capace di rinsaldare il più generale nesso tra scienza e democrazia, attraverso il quale ogni «cittadino» è in condizione di dare alle scelte di vita un senso proprio: consapevole e responsabile.

Riferimenti bibliografici

- Bartolommei S., 2001, *Sul principio di precauzione: norma assoluta o regola procedurale?*, «Bioetica», n. 2, pp. 321-332.
- Berlinguer G., 2000, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze.
- Beck U., 2000, *La società del rischio*, Carocci, Roma.
- Fischhoff B., 1995, *Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty Years of Process*, «Risk Analysis», n. 15, vol. 2, pp. 137-145.
- Bauman Z., 1996, *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano.
- Buchanan e al., 2000, *From Chance to Choice*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Cantwell Smith B., 2003, *Dio pressappoco*, «Adelphiana», n. 2, pp. 147-185.
- Charlesworth M., 1996, *L'etica della vita*, Donzelli, Roma.
- Chen L., Leaning J., Narasimhan V. (a cura di), 2003, *Global Health Challenger for Human Security*, Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Cleveland H., Jacobs G., 1999, *Human Choice: the genetic code for social development*, «Future», n. 31, pp. 959-970.
- Dennet D., 1997, *L'idea pericolosa di Darwin*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Di Mauro E., Maffettone S., 1997, *Il futuro non è più quello di una volta. Contributi per un'etica dell'ingegneria genetica*, «Filosofia e questioni pubbliche», n. 1, pp. 83-110.

- Elias N., 1988, *Coinvolgimento e distacco*, Il Mulino, Bologna.
- Esping-Andersen G., 1993, *Cicli di vita lavoro e welfare. I welfare europei e americano alla fine del secolo XX*, «Europa/Europe», n. 4, pp. 27-59.
- Funtowicz S., 2003, *La scienza post-normale*, in Rufo F. (a cura di), *La terza rivoluzione scientifica*, Ediesse, Roma, pp. 187-202.
- Grmek M.D., 1998, *La vita, la malattia e la storia*, Di Rienzo, Roma
- Grmek M.D., 1993, *Storia del pensiero medico occidentale*, 3 vol., Laterza, Roma.
- Grmek M.D., 2003, *La terza rivoluzione scientifica*, in Rufo F. (a cura di), *La terza rivoluzione scientifica*, Ediesse, Roma, 2003, pp. 19-32.
- Jasanoff S., 2001, *La scienza davanti ai giudici*, Giuffrè, Milano.
- Koivusalo M., 2000, *Le antinomie del «displacement» biopolitico*, «Aut-Aut», n. 298, pp. 63-80.
- Kuhn T., 1970, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino.
- Lecaldano E., 2003, «Bioetica», in Aa.Vv., *Storia della scienza*, Enciclopedia Italiana, IX, pp. 233-243.
- Lecaldano E., 2004, *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari.
- Mori M., 1993, *La Bioetica: che cos'è, quand'è nata e perché*, «Bioetica», n. 1, pp. 115-143.
- Monod J., 1976, *Per un'etica della conoscenza*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Paci M., 2004, *Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa*, «La Rivista delle politiche sociali», n. 1, pp. 333-373.
- Rodotà S., 2004, *Tra chip e sensori arriva il post-umano*, «La Repubblica», 6.12.2004.
- Rose N., 2000, *La politica della vita stessa*, «Aut-Aut», n. 298, pp. 35-61.
- Rossi P., 1998, *Le istituzioni e le immagini della scienza*, in Aa.Vv., *Storia della scienza moderna e contemporanea*, Utet, Torino, vol. 3, I, pp. 3-29.
- Rossi P., 2002, *Antiscienza e processi di globalizzazione*, «Rivista di filosofia», n. 2, pp. 309-331.
- Sarnelli E., 2000, *Ridere dei rischi/rischi del ridere*, «Parole Chiave», n. 22/23/24, pp. 177-222.
- Santosuosso A., 2001, *Corpo e libertà*, Raffaello Cortina, Milano.
- Singer P., 1996, *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano.
- Scarpelli U., 1998, *Bioetica laica*, Baldini e Castoldi, Milano.
- Starr C., 1969, *Social Benefit versus Technological Risk*, «Science», n. 165, pp. 1232-1238.
- Stiglitz J.E., 2001, *In un mondo imperfetto*, Donzelli, Roma.
- Tagliagambe S., 2003, *La bioscienza: il suo significato e l'evoluzione della cittadinanza*, in Rufo F. (a cura di), *La terza rivoluzione scientifica*, Ediesse, Roma, pp. 83-122.
- Tagliagambe S., 1997, *Epistemologia del confine*, Il Saggiatore, Milano.
- Tallacchini M. (a cura di), 1999, *Biotecnologie e consenso informato: scienza, diritto, economia e partecipazione democratica*, «Notizie di Politeia», n. 15.
- Tallacchini M., 2000, *Lo stato epistemico*, «Etica della ricerca biologica», Olschki, Firenze, pp. 93-112.
- Tallacchini M., Doubleday R., 2001 (a cura di) *Politica della scienza e diritto*, «Politeia», n. 62.
- Tickner Joel A., 2003 (a cura di), *Environmental Science and Preventive Public Policy*, Island Press, New York.
- Viano C.A., 2002, *Etica pubblica*, Laterza, Bari-Roma.

Tre anni di Isee: evidenze e valutazioni*

Paolo Sestito, Raffaele Tangorra

In questo lavoro si presentano sinteticamente le evidenze tratte dal Rapporto Isee 2004, appena pubblicato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, aggiornando il quadro con i dati provvisori sull'intero 2004. L'occasione è propizia per una valutazione critica dell'Isee nel suo primo triennio di piena operatività come strumento che il legislatore ha voluto «unico» nell'operare la selettività nell'ambito delle

politiche sociali. Diverse problematiche sono qui discusse, dal ruolo del patrimonio mobiliare e immobiliare alla difficoltà di garantire con l'Isee una equità orizzontale in presenza di redditi sommersi diffusi. Particolare attenzione è dedicata alla questione dell'unicità del metro per le diverse prestazioni, peraltro distinguendola dal problema dell'unicità del sistema informativo, che appare in ogni caso una risorsa da rafforzare e valorizzare.

1. La popolazione Isee¹

Con il 2004 si è concluso il primo triennio di piena operatività dell'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee) come strumento «unico» di selettività nell'ambito delle prestazioni sociali². Per

* Gli autori presentano in questo lavoro opinioni personali che non coinvolgono in alcuna misura le istituzioni alle quali appartengono.

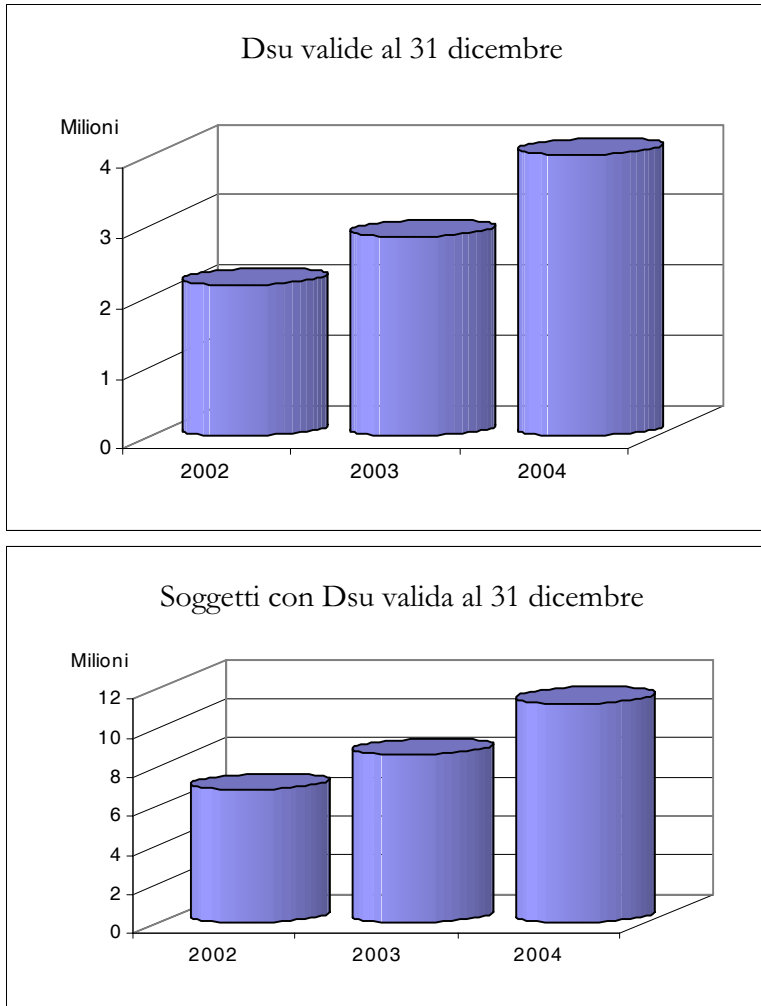
¹ I dati presentati in questo lavoro sono desunti dal *Rapporto Isee 2004* (Tangorra e Sestito, 2004), aggiornati con i dati provvisori al 31.12.2004 resi disponibili dall'Inps al convegno «Diritti di cittadinanza, partecipazione allo stato sociale, equità», tenutosi a Napoli il 12-14 gennaio 2005 e organizzato dal Caaf Cgil.

² In realtà, l'Isee ha una origine più remota avendo visto la genesi nel marzo del 1998 (d.lgs. n. 109/98). Il travagliato iter legislativo istitutivo dello strumento si è però compiuto solo all'inizio dell'estate del 2001 con la pubblicazione dei decreti attuativi del processo di riforma nel frattempo intervenuto sulla disciplina iniziale (d.lgs. n. 130 del 2000). Gli enti locali erogatori di prestazioni sociali hanno a quel punto avuto sei mesi di tempo per adeguare la propria disciplina al nuovo strumento (in realtà, come si vedrà più avanti nel testo, l'adeguamento è stato più lento e prosegue tutt'oggi). Per un'analisi del processo istitutivo dell'Isee si veda Tangorra e Izzi, 2002.

Figura 1 - Dichiarazioni sostitutive uniche valide al 31 dicembre e individui distinti censiti dal Sistema informativo dell'Isee

RPS

P. Sestifo, R. Tangorra / TRE ANNI DI ISEE: EVIDENZE E VALUTAZIONI



Fonte: Inps.

quanto l'unicità prevista dalla norma sia ben lungi dall'essersi realizzata³, la diffusione dello strumento è sorprendente: dati provvisori alla fine del 2004 indicano in più di quattro milioni le dichiarazioni sostitutive uniche (Dsu) in corso di validità⁴ presenti presso la banca dati centralizzata tenuta dall'Inps, per un totale di più di 11 milioni di soggetti distinti cui un valore Isee è stato assegnato. In altri termini, in tutto il paese una persona su cinque è «coperta» da una dichiarazione ai fini Isee per la richiesta di una qualche prestazione sociale relativa a qualcuno dei membri della famiglia di appartenenza.

L'evoluzione di questa «popolazione Isee» è mostrata nella figura 1, in cui si evidenzia una notevole crescita nel numero di Dsu presentate – quasi raddoppiato nel confronto tra il 2002 e il 2004 – e nel numero di individui distinti in esse censiti – la crescita è però in questo caso inferiore, all'incirca pari ai due terzi del livello iniziale. Tale differenza è in parte da addebitare ad una riduzione nel corso del tempo del numero medio di componenti per dichiarazione, ché nei primi utilizzi dell'Isee erano sovrarappresentate le famiglie numerose⁵; al tempo stesso vi sono però indizi del fatto che ciò dipenda da un non pieno sfruttamento del sistema informativo, per cui in alcuni casi – contrariamente al dettato legislativo – ad una nuova prestazione richiesta dallo stesso nucleo familiare corrisponde una nuova Dsu, magari del tutto identica a quella precedentemente presentata e in corso di validità⁶.

³ Già la norma istitutiva dell'Isee aveva esplicitamente escluso dal suo ambito di applicazione (perlomeno nella fase iniziale di sperimentazione) le prestazioni *means-tested* più rilevanti e cioè sostanzialmente quelle di carattere pensionistico (pensioni e assegni sociali, invalidità civile, integrazioni al minimo e indennità di accompagnamento). Ma al di là della prescrizione normativa, ancora oggi esistono a livello centrale e locale diversi strumenti di selettività. In molti casi si tratta di poco comprensibili residui del passato. Sul problema generale della unicità dello strumento di selettività ritorneremo peraltro in seguito.

⁴ La Dsu – la dichiarazione contenente tutti gli elementi per il calcolo dell'Isee – vale un anno dal momento della sottoscrizione: lo stock di dichiarazioni alla fine dell'anno è quindi assimilabile al flusso cumulato in corso d'anno.

⁵ La quota di famiglie numerose (cinque o più componenti) si è ridotta dal 24% nel 2002 al 18% nel 2004; parallelamente, la quota di nuclei familiari composti da uno o due componenti è passata nello stesso periodo dal 22% al 33%.

⁶ La legge prevede che solo in caso il cittadino «intenda far rilevare mutamenti delle condizioni familiari ed economiche», una nuova Dsu possa essere ripresentata in presenza di un'altra dichiarazione valida. Gli enti erogatori, a loro

La distribuzione sul territorio della popolazione Isee è comunque estremamente differenziata (cfr. figura 2), passando da valori intorno al 6-7% della popolazione residente di Toscana e Liguria al 37% della Campania e al 57% della Sicilia! In generale, è comunque nel Mezzogiorno che la popolazione Isee soprattutto si concentra: due terzi del totale delle Dsu sono relative a nuclei familiari qui residenti a fronte di una popolazione complessiva che è solo un terzo di quella nazionale; il resto delle dichiarazioni è invece equamente distribuito nelle altre macro-aree del paese: Nord-ovest, Nord-est e Centro.

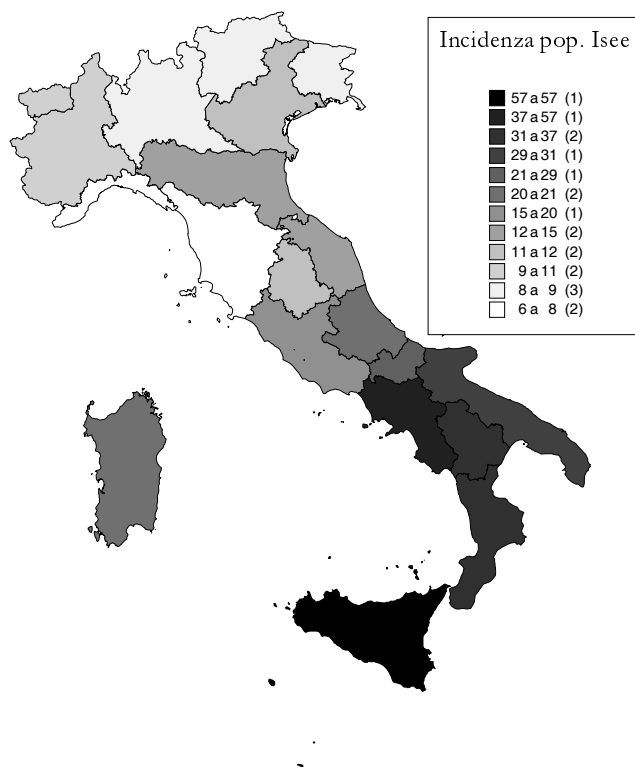
Senza dubbio è una distribuzione che rispecchia la diffusione delle condizioni di bisogno economico, risultando elevata la correlazione a livello regionale tra l'incidenza della popolazione Isee e indicatori di disagio quali il tasso di povertà o il tasso di disoccupazione⁷. Ma le prestazioni regolate attraverso l'Isee non sono necessariamente di contrasto alla povertà. Le condizioni economiche regionali sono quindi solo una delle determinanti la dimensione e le caratteristiche di chi richiede prestazioni sociali attraverso l'Isee, rilevando anche l'attivazione di politiche selettive a livello locale e, una volta che tali politiche siano attivate, la loro tipologia e l'effettivo utilizzo dell'Isee (e del suo sistema informativo centralizzato) come strumento di selettività.

Quanto all'effettiva scelta dell'Isee come unico indicatore di selettività a livello locale, si può osservare come il processo di adeguamento sia stato lento e sia tuttora in corso. Inizialmente, infatti, sono state le prestazioni di «welfare nazionale» – quelle cioè per le quali l'uso dell'Isee è previsto dalla normativa nazionale di settore (ad esempio, assegno per i nuclei con almeno tre figli minori) – a rappresentare il traino nella diffusione dello strumento (nel 2002 questo tipo di pre-

volta, possono richiedere una Dsu aggiornata ai loro utenti solo «quando la dichiarazione sostitutiva non fa riferimento ai redditi percepiti nell'anno precedente». Non siamo ancora in grado di stimare per il 2004 il numero di Dsu corrispondenti a nuclei familiari già in possesso di un'altra dichiarazione in corso di validità. Nel 2003 le Dsu «duplicate» ammontavano a quasi 300 mila, il 10% del totale delle Dsu; rispetto al 2002 si osservava una crescita in termini assoluti, in costanza però della quota sul totale. Da notare che in questo biennio per l'1,3% delle Dsu si era in presenza di altre dichiarazioni presentate nello stesso giorno (ad evidente correzione di errori nella compilazione segnalati con l'invio di una nuova Dsu invece che intervenendo su quella precedentemente inviata), mentre per il 2,5% si avevano altre dichiarazioni inviate entro sei mesi (ma non nello stesso giorno) del tutto identiche alla precedente.

⁷ Si veda il Capitolo 1 del *Rapporto Isee 2004*.

Figura 2 - Individui con Dsu valida al 31 dicembre 2004 come quota della popolazione residente



Fonte: elaborazione su dati Inps.

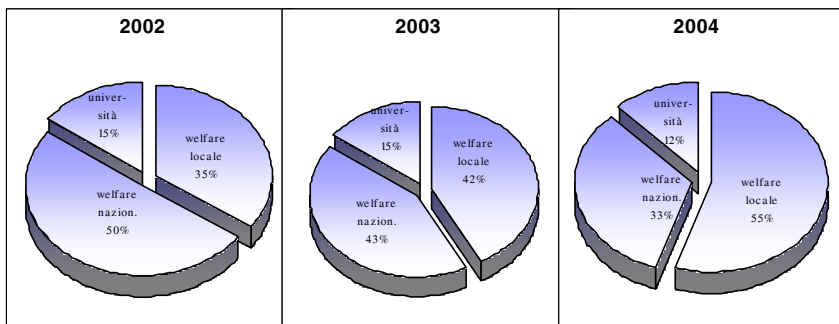
stazioni erano la metà del totale di quelle indicate nelle Dsu⁸, cfr. figura 3, grafico A). Viceversa, la notevole crescita nella diffusione dell'Isee osservata nell'ultimo biennio è dovuta fundamentalmente all'adozione dello strumento per prestazioni di «welfare locale» (non disciplinate cioè dall'amministrazione centrale), passate da un terzo del totale

⁸ Le prestazioni cui qui si fa riferimento sono quelle esplicitate sul frontespizio della Dsu: si tratta di 11 (tipologie di) prestazioni più la voce «altro» (qui considerata tra le prestazioni disciplinate a livello locale) tra le quali il dichiarante sceglie quelle che intende richiedere nel corso della validità della Dsu. L'intenzione espressa non rappresenta né una condizione necessaria, né sufficiente alla effettiva richiesta (ed eventuale successiva erogazione) della prestazione.

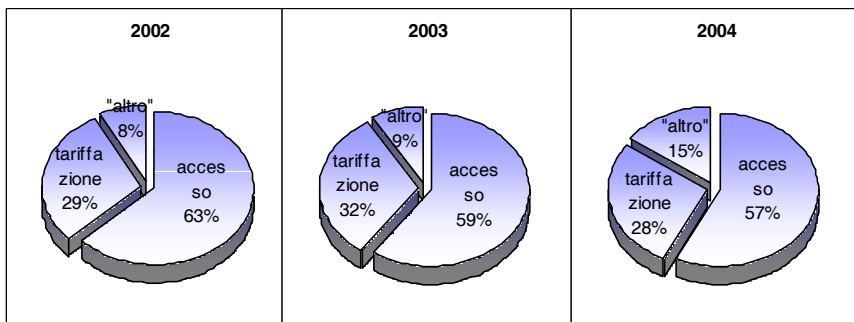
a più di metà delle intenzioni espresse. Può essere una importante indicazione di come le amministrazioni locali, dopo un periodo iniziale di cautela e «resistenza» al cambiamento, abbiano familiarizzato con lo strumento, apprezzandone le capacità selettive e la notevole semplificazione amministrativa insita nel sistema informativo centralizzato.

Figura 3 - Quota di prestazioni che si intende richiedere con la Dsu sul totale delle intenzioni espresse

A. Tipologia di prestazione



B. Tipologia di selettività



Fonte: elaborazione su dati Inps.

Riaggregando invece le prestazioni in base alla tipologia di selettività esercitata dall'Isee nell'erogazione, a seconda cioè che lo strumento venga prevalentemente utilizzato per stabilire l'accesso ad una particolare prestazione – tipicamente trasferimenti monetari (diretti o indiretti)

a famiglie in stato di bisogno – o per stabilire la *tariffazione* – è il caso di servizi destinati all'intera collettività, ma il cui costo per gli utenti è differenziato in base alle condizioni economiche – tra le intenzioni espresse vi è una netta prevalenza, in un rapporto di due a uno, di quelle per le quali l'Isee serve a determinare l'accesso alla prestazione, più che il suo ammontare (cfr. figura 3, grafico B)⁹. È questa una utile distinzione giacché *ex-ante* ci si aspetta, come già accennato e come si vedrà più avanti, condizioni socio-economiche differenti delle famiglie beneficiarie a seconda del tipo di selettività esercitata.

Passando quindi all'esame della situazione economica delle famiglie come rappresentata dall'Isee, si evidenzia un valore medio dell'indicatore pari nel 2003 a 8.100 euro, di molto superiore a quello mediano – pari a 6.400 euro – a testimonianza, come si evince anche dalla figura 4, di una distribuzione dell'Isee fortemente asimmetrica con densità particolarmente elevate nella coda sinistra. In particolare, molto alta è la quota di Isee nulli (l'11% della popolazione Isee) o comunque decisamente bassi (il 13% con valori dell'indicatore positivi, ma inferiori ai 3.000 euro): si tratta di circa un milione di famiglie, per le quali si pone peraltro un problema di come operare la selettività al loro interno. Si pensi ad esempio a forme di assistenza del tipo «minimo vitale» – come il recente esperimento di reddito di cittadinanza campano – che, in presenza di un razionamento delle risorse per il finanziamento, non sono erogabili all'intera platea di nuclei familiari con Isee nullo.

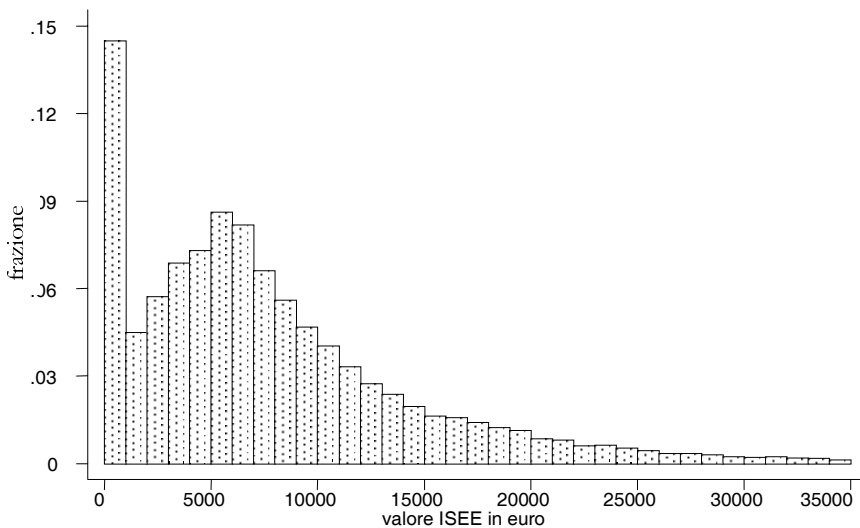
Allo stesso tempo, si può stimare, con un certo grado di approssimazione, che solo metà delle famiglie Isee siano da considerare appartenenti all'area della povertà come ufficialmente definita dall'Istat¹⁰. Anzi, spostandosi sulla coda destra della distribuzione, si osservano valo-

⁹ La voce «altro» del frontespizio della Dsu, non essendo classificabile viene riportata separatamente nel grafico. Si noti, comunque, che la differenziazione tra «accesso» e «tariffazione» è in qualche modo arbitraria, giacché per tutte le prestazioni si definisce una soglia di accesso: infatti, anche per i servizi destinati alla totalità dei cittadini vi è tipicamente una «fascia massima» in cui il servizio è pagato al suo costo di erogazione e quindi solo al di sotto di tale soglia si *accede* effettivamente a una prestazione sociale.

¹⁰ L'approssimazione deriva dal fatto che l'Istat definisce la povertà sui consumi delle famiglie, mentre la Dsu contiene indicazioni solo sui redditi e i patrimoni. Il dato citato nel testo è ottenuto confrontando, per ciascuna dimensione del nucleo familiare, la soglia di povertà dell'Istat con la sola componente reddituale non equivalente dell'Isee. Si veda il Capitolo 4 del *Rapporto Isee 2004*.

ri Isee anche molto elevati: il 7% dei nuclei familiari con Dsu valida alla fine del 2003 presentava un valore Isee superiore ai 20.000 euro che, ad esempio, per una famiglia di quattro persone significano valori non equivalenti intorno ai 50.000 euro, indubbiamente molto lontani dall'area della povertà. Il che porta ad interrogarsi, come si farà più

Figura 4. Distribuzione dei valori Isee, Italia, tutte le prestazioni, 2003



Fonte: campione rappresentativo delle Dsu nel Sistema informativo dell'Isee.

avanti, sulla possibilità che la Dsu venga richiesta anche laddove non sia necessaria, ad esempio quando non viene attivata alcuna prestazione sociale perché del servizio richiesto si paga comunque la tariffa massima.

La distribuzione dei valori Isee per tutta l'Italia e per tutte le prestazioni è comunque a sintesi di sottopopolazioni molto diverse tra loro, sia perché estremamente differenziate sono le condizioni economiche delle famiglie nelle varie aree del paese sia perché molto diversa è l'utenza delle singole prestazioni sociali a cui si accede attraverso l'Isee. Nella figura 5, a mo' di esempio, si portano a confronto le distribuzioni Isee per due grandi Regioni, una del Nord (Lombardia) e

fig. 5

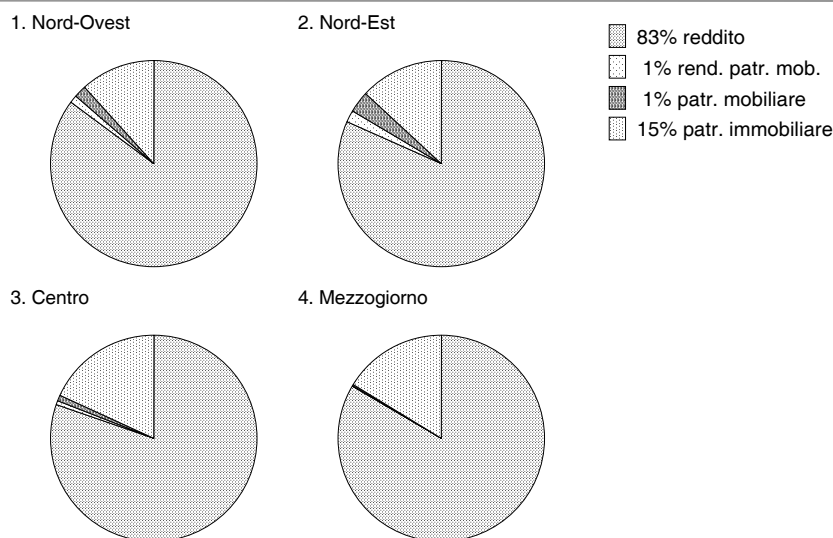
l'altra del Sud (Campania), nonché per due tipologie di prestazioni, una di contrasto alla povertà (prestazioni economiche assistenziali) e l'altra che plausibilmente interessa in prevalenza fasce non socialmente escluse (agevolazione per le tasse universitarie). Le differenze nella forma delle distribuzioni e, in particolare, nei valori delle frequenze sulle code, sono del tutto evidenti. Ad esempio, il picco che si presenta per valori Isee nulli o inferiori a mille euro corrisponde a una famiglia su quattro in Campania e a una su quindici in Lombardia; ad una su cinque per le prestazioni economiche assistenziali e solo ad una su ventitré per l'agevolazione sulle tasse universitarie. Sorge evidentemente il dubbio che un unico indicatore possa efficacemente operare la selettività quando le popolazioni interessate hanno caratteristiche economiche così diverse tra loro. Ma su questo si tornerà più avanti in sede di valutazione; prima cercheremo di qualificare meglio le caratteristiche di selettività dell'Isee.

2. *L'Isee e la selettività delle sue componenti*

La principale caratteristica dell'Isee, rispetto ai meccanismi di selettività precedentemente utilizzati, è stata quella di aspirare ad essere un indicatore *universale*, nel senso di essere in grado di classificare *tutte* le famiglie indipendentemente dalla tipologia di reddito percepito (tipicamente, se da lavoro dipendente/pensione o autonomo) e dalle caratteristiche del nucleo (numerosità, presenza di disabili, monogenitore, ecc.). Se la pratica precedente più diffusa era quella di utilizzare come metro il solo reddito, rimediando ai difetti nella misurazione con scelte, a volte discutibili, di carattere categoriale (ad esempio, ponendo comunque le famiglie di lavoratori autonomi nella fascia più alta), la soluzione adottata con l'Isee era stata quella di includere il patrimonio – mobiliare e immobiliare – accanto al reddito nella costruzione dell'indicatore, nonché quella di esplicitare la scala di equivalenza per agevolare il confronto tra nuclei con caratteristiche diverse. La figura 6 evidenzia il ruolo effettivamente svolto dal patrimonio nella costruzione dell'indicatore: in media in tutto il paese l'Isee dipende per più di quattro quinti dal reddito, una quota relativamente costante nelle diverse macro-aree, con notevoli differenze però per quanto attiene alla composizione del patrimonio. Difficile dire sulla base della sola dimensione di tale quota se il patrimonio sia troppo o

troppo poco valorizzato¹¹; indubbiamente si può subito rilevare che le franchigie – previste per il patrimonio mobiliare e, soprattutto, per la casa di abitazione¹² – ne riducono notevolmente l’impatto: infatti, in assenza di tutte le franchigie (compresa quella sugli affitti), il peso del patrimonio sull’Isee quasi raddoppierebbe, passando dal 17% al 30%.

Figura 6 - L’Isee e le sue componenti, 2003



Fonte: campione rappresentativo delle Dsu nel Sistema informativo dell’Isee.

Ad ogni modo, nella media nazionale la quota del patrimonio dipende quasi interamente dalla componente immobiliare, quella mobiliare rilevando complessivamente¹³ nell’Isee per appena l’1,7%. Estreme sono peraltro le differenze territoriali, variando tale quota dallo 0,3% nel

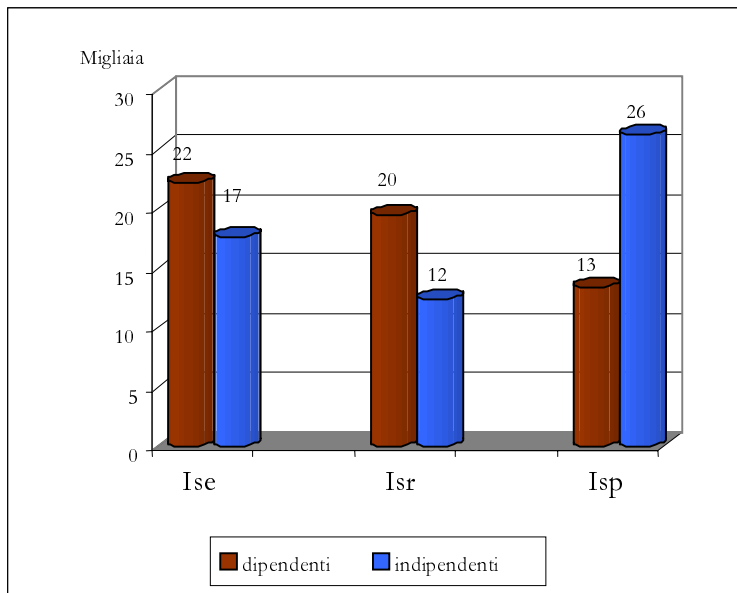
¹¹ Si ricordi che nella costruzione dell’indicatore il patrimonio, al netto delle franchigie, viene valorizzato al 20%. Il patrimonio mobiliare, poi, entra anche nella componente reddituale, valorizzato al rendimento dei titoli decennali del Tesoro.

¹² Rispettivamente pari a 15.494 euro e 51.646 euro. La franchigia sul patrimonio mobiliare non si applica nel calcolo del rendimento dello stesso da includere nella componente reddituale.

¹³ Tenuto conto cioè anche del rendimento nella componente reddituale.

Mezzogiorno a più del 5% nel Nord-Est. Comunque, tenuto conto che nella popolazione Isee trova rappresentazione non solo la parte più povera del paese, l'impressione generale è che, con riferimento al patrimonio mobiliare, si sia in presenza di comportamenti opportunistici diffusi, tanto più che i controlli di veridicità relativi a tale componente sono molto difficili da attuare.

Figura 7 - L'Isee e le sue componenti; per tipologia di reddito familiare, 2003



Fonte: campione rappresentativo delle Dsu nel Sistema informativo dell'Isee.

Legenda: Ise = Indicatore della situazione economica;

Isr = Indicatore della situazione reddituale;

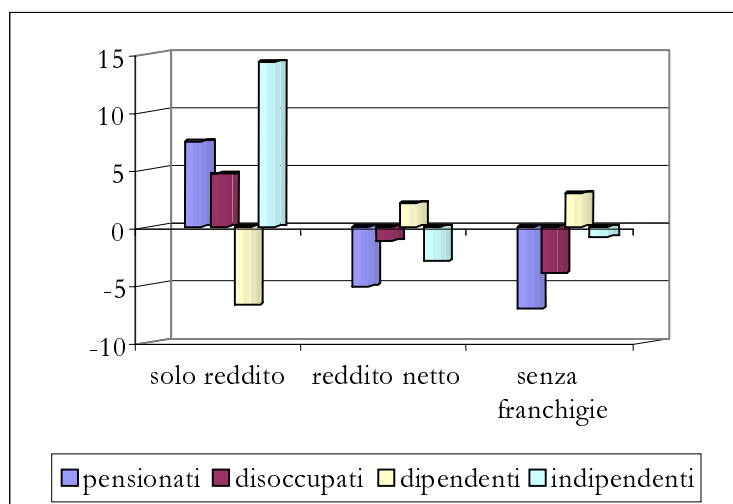
Isp = Indicatore della situazione patrimoniale.

Ma quali sono le caratteristiche di selettività dell'Isee una volta incluso il patrimonio nell'indicatore¹⁴? Uno dei temi più dibattuti in materia è, come si è detto, il confronto tra le posizioni delle famiglie con reddito da lavoro dipendente e quelle con reddito da lavoro autonomo, visto

¹⁴ Per una analisi più dettagliata delle proprietà di selettività dell'Isee e delle sue componenti si rimanda al Capitolo 5 del *Rapporto Isee 2004*.

che il primo tipo di reddito è immediatamente misurabile e difficilmente occultabile, mentre il secondo all'opposto è di definizione più problematica e più facile da nascondere. Se si confrontano i valori Ise (prescindendo cioè dalla scala di equivalenza), si osserva che le famiglie di dipendenti sono più «ricche» di quelle degli autonomi, l'Ise medio di questi ultimi essendo solo l'80% di quello dei dipendenti (cfr. figura 7). L'indicatore patrimoniale assume però valori doppi nel caso degli autonomi relativamente ai dipendenti. L'inclusione del patrimonio nell'Ise permette così di riequilibrare il quadro nel verso di una misurazione di un più elevato tenore di vita degli autonomi, anche se manca comunque di replicare il *ranking* dei meccanismi di selettività categoriali – la discriminazione *ex ante* è di per sé piuttosto arbitraria avverso gli autonomi – spesso adoperati in passato¹⁵.

Figura 8 - «Guadagni» e «perdite» al variare della definizione dell'Isee (effetti in punti percentuali rispetto alla media)



Fonte: campione rappresentativo delle Dsu nel Sistema informativo dell'Isee.

¹⁵ A conclusioni simili giunge un'altra ricerca condotta con riferimento ad uno specifico contesto locale, Modena e la sua provincia (si veda Baldini e al., 2004).

La figura 8 dà comunque una indicazione dell'ammontare dei «guadagni» e delle «perdite» nel passaggio da un indicatore di selettività solo reddituale all'Isee. Rispetto alla media complessiva dell'indicatore, se invece che l'Isee si usasse un indicatore di soli redditi, gli autonomi guadagnerebbero circa 15 punti percentuali, i dipendenti ne perderebbero 7. Si noti come l'inclusione del patrimonio penalizzi anche pensionati e disoccupati, seppure in misura decisamente inferiore rispetto agli autonomi. La figura presenta anche i risultati di simili simulazioni al variare di altre componenti dell'Isee: ad esempio, l'eliminazione delle franchigie avrebbe effetti opposti rispetto a quelli visti prima – come prevedibile visto che in tal modo si rafforza il ruolo del patrimonio – penalizzando soprattutto le famiglie di pensionati, per le quali evidentemente la casa di abitazione è più spesso l'unica forma di patrimonio. L'ultima simulazione presentata riguarda la definizione di reddito, evidenziando cosa accadrebbe se, invece che il reddito lordo come attualmente avviene nell'Isee, si considerasse quello netto d'imposta. L'evidenza a questo proposito presentata è solo parziale, giacché si fa riferimento unicamente alle aliquote d'imposta applicate al reddito complessivo e alle detrazioni per carichi di famiglia e per le diverse tipologie di reddito, mentre non si può tener conto (non essendo l'informazione disponibile nella Dsu) di altre importanti poste quali le deduzioni dal reddito complessivo della rendita catastale per la prima casa e gli oneri previdenziali obbligatori a carico dei lavoratori autonomi. Tenuto conto di questi limiti – e cioè del fatto che le poste non considerate sono quelle che più avvantaggerebbero gli autonomi nel passaggio al netto – una definizione di reddito ai fini Isee che non includa le imposte favorirebbe i dipendenti rispetto agli autonomi per una differenza di circa 5 punti percentuali: è un effetto sostanzialmente dovuto ai più alti redditi (e quindi alle maggiori imposte, data la progressività dell'aliquota) dei dipendenti.

3. Le aree critiche della metrica Isee

Nell'analisi sinora esposta sono molti i punti emersi – relativamente alla definizione dell'Isee e all'uso che se ne è fatto – che meritano un ulteriore approfondimento. Preliminarmente, va comunque sottolineato che per giudicare dell'adeguatezza della metrica posta alla base dell'Isee non si può prescindere dalle finalità di *misurazione* in senso

stretto proprie di un indicatore delle condizioni economiche delle famiglie. Ad esempio, il fatto che i lavoratori autonomi (dipendenti) vedano innalzato (abbattuto) il proprio Isee relativo dall'inclusione del patrimonio non fornisce di per sé un elemento atto a giudicare dell'appropriatezza della scelta fatta¹⁶. Se però il patrimonio è un buon indice del tenore di vita e i valori reddituali non sono perfettamente correlati a quelli patrimoniali (anche perché gli spazi per i comportamenti elusivi differiscono tra le due variabili), allora si può concludere che l'Isee è uno strumento di *misurazione* delle condizioni economiche migliore dei soli redditi anche con riferimento al confronto tra autonomi e dipendenti.

Alcune problematiche della metrica attualmente prevista potrebbero non essere di carattere generale, ma specifiche di singole applicazioni concrete. Di per sé ciò segnala un possibile limite della impostazione che vede nell'Isee un metro ad applicazione universale. Ritorneremo su questa questione nel prossimo paragrafo. Qui è però preferibile partire da alcuni profili problematici di portata forse più generale.

Prima di entrare nelle questioni attinenti la metrica dell'Isee, va però preliminarmente ricordato che comunque di un indicatore che regola l'accesso alle prestazioni sociali si tratta e che quindi non trova giustificazione la tendenza di diversi enti erogatori a richiedere le informazioni sull'Isee anche a quei cittadini per i quali nessuna prestazione verrà poi attivata (perché ad esempio collocati nella fascia massima di costo di un servizio): non sappiamo se si tratti di un vero e proprio abuso¹⁷, ma ci parrebbe logico che, laddove nessuno sconto tariffario

¹⁶ Non si vuole con ciò astrattamente trascurare il fatto che le scelte distributive, a favore di un gruppo sociale o di un altro, hanno ovviamente un peso nella definizione d'una metrica quale quella propria dell'Isee. Del resto l'Isee è per definizione uno strumento di carattere distributivo e quindi è difficile immaginare che possa esistere un metro «assoluto», indipendentemente da scelte di natura prettamente distributive a favore di questo o quel gruppo sociale. Inoltre, la documentazione degli effetti distributivi concreti della metrica adoperata – sia di quelli scontati (e quindi presumibilmente alla base delle scelte effettive del legislatore), ancor più di quelli inattesi, che il legislatore magari non si aspettava e che potrebbe voler correggere – riveste comunque un suo interesse.

¹⁷ Su tale tendenza, tacciata di burocratismo e pericolosa sia per l'appesantimento del sistema informativo, sia per la disaffezione nei confronti dello strumento che si rischia di indurre nella popolazione, si veda l'articolo sulla prima pagina del «Corriere della Sera» del 14 gennaio 2005 di Dario Di Vico.

venga richiesto, nessun obbligo per il cittadino ad esporre il proprio Isee dovrebbe esser presente¹⁸.

Venendo agli elementi critici dell'indicatore, un primo profilo da evidenziare attiene il trattamento del patrimonio mobiliare¹⁹, il problema essendo, come visto, quello della facilità con cui tale informazione viene semplicemente omessa. Vi è il rischio concreto che le poche persone che oggi dichiarano un patrimonio mobiliare (superiore alla franchigia prevista) differiscano dagli altri più per una maggiore onestà intrinseca che per un maggior livello di benessere. Nell'impossibilità di contrastare efficacemente il fenomeno, tanto varrebbe forse innalzare la franchigia e richiedere la segnalazione solo degli importi superiori ad essa (magari prevedendo, nel caso di importi inferiori, solo la segnalazione della presenza o meno di determinate componenti patrimoniali, al fine di agevolare l'azione di controllo²⁰).

Un ragionamento opposto ci sembra doversi fare nel caso del patrimonio immobiliare²¹. Il problema principale oggi presente nel con-

¹⁸ Ovviamente conoscere esattamente di quanto un determinato nucleo superi la soglia di Isee oltre la quale nessuno sconto tariffario si applica potrebbe avere una sua valenza informativa, in generale e per l'Ente erogatore che debba gestire un dato servizio sociale. È però evidente che tale esigenza non può prevalere sul rispetto della privacy, ché portando alle estreme conseguenze tale ragionamento la dichiarazione Isee dovrebbe divenire un obbligo pressoché universale.

¹⁹ Non si vuole qui entrare nel merito della discussione più generale che riguarda l'inclusione del patrimonio *tout court* nella prova dei mezzi. Spesso in letteratura tale questione è affrontata con riferimento al rischio che, in un'ottica intertemporale, l'inclusione di elementi patrimoniali nella definizione di meccanismi di *means testing* per l'accesso a determinate prestazioni possa disincentivare il risparmio precauzionale, la cui assenza a sua volta può poi originare particolari criticità a fronte della perdita del lavoro o di problemi sanitari. A ben vedere, identici problemi di disincentivi – in questo caso all'offerta di lavoro (o all'offerta di lavoro regolare e non sommerso) – sono da riconnettere alla considerazione del flusso di reddito. Un superamento di tali problematicità sarebbe in via astratta possibile considerando, anziché il reddito e il patrimonio, i consumi come indicatore di benessere; la transizione ad un sistema fiscale progressivo basato sui consumi personali non è però all'ordine del giorno, il che induce a ritenere attenuabili ma non eliminabili i rischi in questione.

²⁰ Comunque prevedendo la sanzionabilità della omessa segnalazione della presenza delle diverse componenti, anche quando di importo inferiore alla franchigia e quindi di fatto ininfluenti.

²¹ Anche in questo caso varrebbero le considerazioni generali prima ricordate sul rischio che l'inclusione di elementi patrimoniali possa disincentivare il ri-

creto operare della metrica Isee ci sembra discendere dal fatto che il ruolo giocato dall'inclusione del patrimonio viene grandemente smorzato dalla previsione della franchigia per la casa di abitazione. La sua presenza non è priva di senso, la ratio essendo quella di tener conto del fatto che l'abitazione è una sorta di spesa «necessaria». In questa ottica, è però poco comprensibile che la franchigia nel caso di un'abitazione di proprietà sia pari al doppio (in termini di effetti sull'indicatore) della deduzione massima consentita a fronte delle spese per l'affitto. Al tempo stesso, in quanto riduzione dei valori patrimoniali, la franchigia ha l'effetto perverso di azzerare il patrimonio immobiliare in un numero ragguardevole di casi, rendendo la capacità selettiva dell'indicatore meno pregnante. Soprattutto, in tutte queste situazioni viene implicitamente meno la funzione di «contrasto» del sommerso che l'inclusione del patrimonio comunque cercava di garantire soppendo all'assenza di redditi dichiarati fiscalmente.

Il problema assume intensità e problematicità diverse a seconda degli utilizzi concreti dell'Isee. In prima battuta si potrebbe dire che vengono contrastati con una certa efficacia i casi più eclatanti del professionista o dell'imprenditore che occultano parte delle proprie attività e che però solitamente hanno un patrimonio di una certa consistenza, non del tutto azzerato dalla franchigia; non altrettanto bene si contrastano però i casi di occultamento dei redditi, spesso totale, di chi operi nel sommerso e percepisca redditi, e abbia accumulato un patrimonio, comunque limitati. Ci si potrebbe accontentare di questo successo parziale se le graduatorie istituite sulla base dell'Isee dovessero confrontare i lavoratori in nero «ricchi» con lavoratori senza attività sommerse e «poveri»; in realtà, questi ultimi dovranno molto spesso essere comparati ad altri soggetti, con attività in nero ma anch'essi comunque «poveri».

Il problema del trattamento dei redditi derivanti da attività sommerse è acuito laddove la considerazione del patrimonio non riesca a riequilibrare le posizioni, ma è di per sé un profilo critico dell'attuale metrica. In molte situazioni, ai normali incentivi al sommerso derivanti

sparmio. Nel caso del patrimonio immobiliare, vi è peraltro da dire che la situazione italiana si caratterizza semmai per un eccessivo accumulo di ricchezza immobiliare che la popolazione anziana, anche fra le fasce meno ricche della popolazione, vive spesso in abitazioni detenute in proprietà e relativamente grandi. In altri termini, non pare affatto esservi un rischio macroscopico di indurre sottoinvestimento in immobili lungo il ciclo di vita.

dalla normativa fiscale, il riferimento ai dati fiscali in sede di accesso e tariffazione delle prestazioni sociali, a cui l'Isee sottende, rischia di aggrungerne di ulteriori. Di nuovo è utile distinguere tra «piccolo» e «grande sommerso», con piccolo sommerso intendendosi quelle situazioni in cui vi siano redditi da lavoro (autonomo o dipendente poco importa) di importo comunque modesto e che quindi, da un punto di vista strettamente fiscale, non sarebbero soggetti ad aliquote d'imposta elevate. È infatti proprio in questi casi che l'aliquota d'imposizione effettiva (inclusiva tanto del prelievo fiscale esplicito quanto del venir meno di determinate prestazioni) diviene elevata perché l'ufficializzazione di quei redditi farebbe cessare determinati benefici e prestazioni.

Le vie di contrasto del fenomeno esperibili inoltre differiscono. Nel caso del grande sommerso, pur tenuto conto del possibile riequilibrio che può derivare dall'inclusione del patrimonio nell'indicatore (specie ove si riduca l'importanza delle franchigie), pare insostituibile la via maestra della lotta all'evasione fiscale. A supporto di essa, più che come alternativa alla stessa, in sede di dichiarazione Isee potrebbe semmai includersi la richiesta di elementi informativi sui cosiddetti «beni di lusso», che pur senza essere necessariamente da includere nell'indicatore, potrebbero contribuire a guidare l'attività di controllo sostanziale sulle dichiarazioni Isee (e su quelle fiscali sottostanti).

Nel caso del piccolo sommerso ben meno praticabile appare invece il contributo che può venire dalla normale azione di recupero della base imponibile: questa, infatti, dovrà prioritariamente orientarsi verso il grande sommerso, dove maggiori sono i rendimenti (in termini di rapporto tra imposte recuperate e costi dell'accertamento). Anche l'inclusione del patrimonio e la segnalazione di beni di lusso difficilmente possono dare grandi frutti, posto che comunque si tratta di nuclei familiari che, anche includendo tali elementi, rimangono in una condizione di disagio.

Maggiori risultati concreti, sia in termini di maggiore equità che di minori incentivi a favore delle attività sommerse, potrebbero piuttosto discendere dalla considerazione, almeno nelle applicazioni dell'indicatore più propriamente rivolte ad individuare i beneficiari e i benefici delle misure di contrasto della povertà estrema, di elementi reddituali presuntivi minimi. In sostanza, agli individui adulti (e non in stato di disabilità) si tratterebbe di attribuire un reddito minimo presuntivo, eventualmente maggiorato laddove comunque il soggetto in questione sia titolare di una qualche attività economica d'impresa, il reddito ef-

fettivo da lavoro contando solo per la parte in esubero rispetto a tale importo minimo²².

Anche indipendentemente dalle possibili iniquità e distorsioni discendenti dalla endemica presenza di attività sommerse, la considerazione dei dati reddituali fiscali al lordo delle imposte e, soprattutto, la mancata considerazione di quei trasferimenti che siano esenti da imposizione pare problematica nell'identificare il livello di benessere di un nucleo familiare, soprattutto quando si tratti di definire in base all'Isee il livello di trasferimenti monetari volti a contrastare la povertà estrema. Più logico sarebbe, per molti aspetti, considerare il reddito disponibile (al netto quindi delle tasse ma inclusivo anche dei trasferimenti, indipendentemente quindi dal loro trattamento fiscale). L'esclusione di tali trasferimenti è spesso motivata dal fatto che il loro essere esenti da imposizione in quanto tale, segnalerebbe una sorta di status di privilegio a loro garantito dal legislatore: tali trasferimenti verrebbero a qualificarsi come una prestazione essenziale, comunque da garantire (nelle circostanze previste dalla normativa) e quindi non intaccabile da imposte e prelievi espliciti o impliciti (sotto forma di minore probabilità di attribuzione di altre prestazioni). A nostro avviso si tratta di un ragionamento formalistico, ché è evidente che la qualificazione di prestazione essenziale di quei trasferimenti non ne cancella la natura sostanziale di risorse comunque presenti a beneficio del nucleo familiare, la cui presenza effettiva sia da vagliare nel definire i diritti di accesso ad altre prestazioni. Specialmente laddove si tratti di usare l'Isee nel definire accesso e importo di misure di contrasto della povertà, l'indicatore attualmente definito paradossalmente favorisce quei nuclei familiari che rientrano in una delle categorie che beneficiano di indennità esenti da imposte e che già di qualche sostegno godono, a discapito di quelle famiglie appartenenti a gruppi esclusi dal nostro sistema di *welfare* ancora così tanto categoriale e segmentato. Non a caso la legge istitutiva del Rmi, quali che siano i pregi e i difetti di quella misura, aveva tralasciato l'uso dell'Isee, la cui introduzione pure era coeva e parte dello stesso disegno riformatore, optando per l'uso d'una variabile di reddito inclusiva di tutti i trasferimenti²³.

²² Ai soli fini dell'attribuzione di quei benefici governati dall'indicatore il reddito da lavoro sino all'importo in questione risulterebbe di fatto calcolato ad aliquota zero, incentivando l'ufficializzazione (e la conduzione) delle attività lavorative. Dal punto di vista del trattamento fiscale ordinario, nulla muterebbe.

²³ Uno di noi ha formulato un possibile schema di reddito minimo che sfrut-

Laddove i trattamenti esenti discendano da particolari situazioni di disagio del nucleo familiare (ad esempio per disabilità), le attuali regole dell'Isee già cercano tra l'altro di tenerne conto per il tramite di maggiorazioni *ad hoc* delle scale di equivalenza. Più in generale ci pare preferibile che il sovraccarico di costi (espliciti o impliciti) connessi con la presenza di particolari situazioni sia tenuto in conto per tale via e/o prevedendo deduzioni per «spese necessarie» piuttosto che istituendo peculiari e difficilmente governabili allontanamenti dalla logica del reddito disponibile.

Il punto fondamentale è se quanto disposto dalle regole attuali sia sufficiente e, più in generale, se la metrica insita nelle attuali regole Isee tratti adeguatamente la questione di quelle spese necessarie che, nel misurare il benessere di un nucleo familiare, andrebbero opportunamente detratte dalle poste reddituali e patrimoniali.

Nelle regole attuali un ruolo simile viene svolto da due elementi: la previsione di franchigie per la casa di abitazione e la deducibilità, entro un massimale, delle spese per l'affitto; le appena citate maggiorazioni della scala di equivalenza (nei casi di disabilità, di nuclei monoparentali e di assenza di genitori inoccupati). La *ratio* è nel primo caso il tenere conto delle spese per l'abitazione e nel secondo il tenere conto dei maggiori oneri di cura (del disabile oppure dei minori laddove vi sia un unico genitore presente nel nucleo o entrambi i genitori siano occupati²⁴).

Senza voler qui esprimere un giudizio preciso e puntuale sulla ragionevolezza dei parametri concretamente implementati nelle attuali regole Isee, va sottolineato ancora un volta come, in quanto «*cost of living allowance*», appaia poco ragionevole il maggior favore implicitamente dato a chi sia proprietario della casa di abitazione. Esplicitando come una *cost of living allowance* la questione del costo delle abitazioni, andrebbe anche rimeditata l'opzione di deduzione indifferenziata sul territorio, opzione che trascura le notevoli differenze esistenti tra aree diverse – soprattutto, tra centri piccoli e grandi.

tando la macchina organizzativa dell'Isee se ne differenzerebbe proprio nell'includere i trasferimenti esenti da imposta nella misurazione del livello di benessere delle famiglie: cfr. Sestito e Nigro (2004).

²⁴ Incidentalmente va anche osservato come questo elemento rafforzi, in un paese come l'Italia, con un bassissimo tasso d'occupazione femminile, i non sempre robusti incentivi all'offerta di lavoro del partner.

4. Metro unico e sistema informativo unico

Dire molto di più e di più puntuale sulle criticità dell'attuale metrica Isee, eventualmente formulando specifiche proposte alternative, è però difficile senza entrare nel dettaglio delle funzioni che l'Isee debba svolgere. Propedeutico rispetto a questo esame, che comunque esula dalle finalità di questa breve nota, è il quesito sull'unicità o meno dell'Isee. In effetti ci pare che tuttora persista una certa confusione, con una tendenza a ragionare sull'Isee in astratto e senza tener conto della natura strumentale dello stesso. Soprattutto, si sovrappongono quelle che sono due questioni logicamente distinte, quella dell'unicità o meno dell'Isee come metro, da applicare ad una pluralità di contesti (territoriali e di tipologia di prestazioni), e quella dell'unicità del sistema informativo e organizzativo dell'Isee (e della dichiarazione resa ai fini Isee).

L'unicità del sistema informativo dell'Isee attiene essenzialmente ad un profilo organizzativo. I suoi possibili benefici sono da riconnettere alla semplificazione amministrativa – a beneficio tanto del cittadino quanto degli enti erogatori – e alla maggiore capacità di controllo e di *governance* delle politiche – a beneficio ancora dei singoli enti erogatori e del sistema nel suo insieme –; i possibili costi risiedono, invece, nell'ampiezza e nella ridondanza informativa che un sistema che copra una notevole varietà di prestazioni necessariamente viene ad assumere e nella difficoltà di trasferire le informazioni rilevanti al livello periferico. Viceversa l'unicità dell'indicatore attiene alla ragionevolezza di applicare lo stesso metro a confronti posti in essere su popolazioni intrinsecamente diverse, date le differenze tra prestazioni che spaziano, ad esempio, dalla tariffazione degli asili nido a quella delle strutture residenziali per gli anziani, e che potrebbero avere finalità e obiettivi differenziati. I vantaggi dell'unicità risiedono nell'equità orizzontale – tutti e tutte le situazioni sono regolate dallo stesso metro; gli svantaggi sono nel rischio di trascurare quelle diverse finalità delle varie prestazioni e di limitare la necessità di affinamento dei confronti che all'interno di un determinato sottoinsieme della popolazione può esser necessario.

Anche sulla base di quanto visto nel paragrafo precedente, ci parrebbe in effetti da superare quella (quasi) assoluta unicità del metro a suo tempo prefigurata dal legislatore. Va detto che in realtà il legislatore già aveva previsto la possibilità di adoperare, accanto all'Isee, «criteri

*ulteriori*²⁵ nel regolare accesso e tariffazione delle singole prestazioni, ma per questa via si corre il rischio di introdurre modifiche poco trasparenti – nella sostanza, se non nella forma – dell'indicatore. In linea generale, a favore dell'opzione di specificità del metro da applicare alla singola politica stanno sia la possibilità di meglio tener conto degli obiettivi di questa, sia la considerazione relativa al fatto che popolazioni *target* di politiche molto diverse tra loro possono richiedere una differenziazione (del peso) degli elementi su cui operare la selettività. Non a caso, come visto nel paragrafo precedente, le criticità rilevate nella metrica attualmente insita nelle regole Isee non sono egualmente importanti in tutti i casi: è evidente ad esempio che è nel governo di misure di contrasto della povertà che la questione dei redditi esenti maggiormente diventa rilevante.

È da sottolineare come il problema qui evidenziato esuli di per sé dalla questione degli equilibri istituzionali tra Stato centrale e Regioni per come rivisti dalla recente riforma costituzionale. Una pulsione a far da sé può derivare dal dettato costituzionale che assegna le politiche sociali al livello regionale di competenze, in una cornice peraltro che immagina la presenza di un livello essenziale delle prestazioni di determinazione nazionale. Anche per questi suoi addentellati, la questione rientra in sfere, tecnico-giuridica e politico-istituzionale, che esulano dagli scopi di questa nota. Quel che ci sentiamo di dire è che il prevedibile aumento delle pulsioni alle differenziazioni può considerarsi opportuno, e non mera espressione di un conflitto di potere tra burocrazie e livelli di governo distinti, solo laddove l'obiettivo sia quello di adeguare la metrica Isee alle specifiche finalità di una prestazione definita a livello regionale. Riteniamo pertanto che a queste spinte centrifughe sarebbe opportuno porre un deciso argine, innanzitutto per quanto attiene l'unicità del sistema informativo dell'Isee (cfr. oltre) ma anche, in una certa misura, per quanto attiene all'unicità

²⁵ Nei fatti sembrerebbero essere diffuse soprattutto le modifiche relative alla definizione del nucleo familiare. Su queste, già il legislatore aveva rimandato, nel caso delle prestazioni relative ai servizi socio-sanitari residenziali, ad un successivo d.p.c.m., peraltro non ancora attuato, la possibilità di configurare una limitazione del nucleo familiare, rispetto a quello standard Isee, «al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito». La prassi concreta sembra evidenziare casi tanto di restringimento del nucleo familiare, quanto di ampliamento dello stesso.

del metro. In particolare per quelle prestazioni che siano definite e/o finanziate a livello nazionale, l'adozione di metri diversi nei diversi territori avrebbe conseguenze redistributive tra gli stessi che sarebbe assurdo lasciare alla determinazione unilaterale dei singoli territori e delle singole Regioni solo per via della competenza legislativa esclusiva che queste hanno nell'ambito delle politiche sociali.

Quanto infine all'unicità del sistema informativo, è evidente che uno spezzettamento territoriale farebbe venire meno i vantaggi – per il cittadino e per il sistema nel suo complesso – del sistema informativo unico nazionale. Per molti aspetti, va anzi detto che l'unicità del sistema informativo è un importante strumento atto a facilitare la conoscenza complessiva sulle politiche poste in essere e la trasparenza sulle stesse, proprio laddove queste siano prevalentemente definite a livello locale e regionale. L'unicità del sistema informativo sembra ben garantire non solo le esigenze statistiche e di conoscenza generale, sicuramente spettanti a livello nazionale, ma anche quella riconnessione tra prestazioni definite a livello nazionale – anche nella prospettiva della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di spettanza nazionale – e politiche autonomamente definite a livello regionale.

Va però sottolineato che ribadire l'unicità del sistema organizzativo e informativo non significa che tutti gli aspetti di esso siano oggi da ritenere soddisfacenti. La finalità di semplificazione amministrativa a beneficio del cittadino e degli enti erogatori, che nelle intenzioni del legislatore doveva più che compensare gli sforzi di costituzione e mantenimento di un sistema informativo nazionale, non sempre e non in tutte le realtà sembra pienamente raggiunta: come detto precedentemente, vi sono indizi del fatto che taluni enti continuino a chiedere all'utente di documentare – in casi estremi, di *replicare* – la dichiarazione Isee presentata anziché rilevare la stessa dal sistema informativo esistente. Dal punto di vista degli enti erogatori, inoltre, la limitata capacità di lettura del sistema informativo Isee – attualmente limitata a interrogazioni puntuali di singole dichiarazioni – rende tra l'altro difficile l'utilizzo dello stesso a fini di disegno *ex ante*, di monitoraggio *in itinere* e di valutazione *ex-post* delle diverse politiche. Per gli enti erogatori si pone, anche a regime, un'esigenza di conoscenza della distribuzione dell'Isee (e dei diversi suoi elementi costituenti, soprattutto laddove si accresca la possibilità di mutare la metrica adoperata) tra i propri utenti effettivi e potenziali per meglio tarare le politiche adottate.

Dal punto di vista dell'accrescimento della capacità del sistema infor-

mativo unico di facilitare la *governance* delle diverse politiche altrettanto importante potrebbe poi essere l'inclusione nello stesso delle informazioni relative alla effettiva concessione delle prestazioni poste in essere. Ciò consentirebbe una piena integrazione del sistema informativo dell'Isee nella gestione delle prestazioni, con evidenti benefici in termini di semplificazione amministrativa e di capacità di programmazione e valutazione degli enti erogatori e, dal punto di vista conoscitivo, con un notevole ampliamento delle informazioni sull'effettivo funzionamento delle politiche in questione (nonché sull'impatto che l'applicazione del metro Isee ha sulle stesse): si tratterebbe di un primo importante tassello di quel Sistema informativo sui Servizi sociali previsto dalla legge 328 del 2000 ma ancora inattuato.

Riferimenti bibliografici

- Baldini M., Bosi P. e Colombini S., 2004, *Efficacia selettiva dell'Ise nell'erogazione di prestazioni sociali agevolate nella provincia di Modena*, Materiali di discussione Capp, n. 456.
- Sestito P. e Nigro V., 2004, *La sensibilità alle regole di accesso della spesa aggregata e della composizione dei beneficiari nel sostegno al reddito di ultima istanza: alcune valutazioni*, mimeo, gennaio.
- Tangorra R. e Izzi L., 2000, *La riforma dell'Ise: uno strumento al servizio dei cittadini*, «L'assistenza sociale», n. 2/3, pp. 55-69.
- Tangorra R. e Sestito P., 2004, *Rapporto Isee 2004. Implementazione, popolazione e selettività dell'Indicatore della Situazione Economica*, Presidenza del Consiglio dei ministri e Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Quantità e qualità come funzioni del concetto di cittadinanza

Silvano Tagliagambe

RPS

La nostra non è affatto l'epoca della conoscenza globale, che schiaccia e mortifica i saperi locali e la partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini all'attività di governo della cosa pubblica. Al contrario, oggi si sta affermando sempre più l'idea che ciò che chiamiamo razionalità sia una specie di patchwork, il risultato di una sorta di operazione di «incollamento» tra spazi di razionalità locali e circoscritti, che devono essere posti in comunicazione reciproca attraverso la disponibilità di un linguaggio comune e di uno

sfondo condiviso. Non è un caso che stia emergendo un modello di «intelligenza connettiva» che si pone come obiettivo primario l'identificazione di conoscenze distribuite (distribuite knowledge) o condivise da un gruppo di agenti (common knowledge) e l'analisi e la traduzione in atto delle modalità e dei percorsi, attraverso i quali ciascuno di essi acquista la capacità di ragionare non solo sulle proprie conoscenze e sui propri punti di vista, ma anche su quelli altrui. Il concetto di cittadinanza deve quindi essere ripensato alla luce di questi sviluppi.

1. Introduzione

Già quarant'anni fa Dahrendorf segnalava con lungimiranza le ragioni dell'insufficienza e dell'insuccesso di quella tradizione di ricerca da lui designata con l'espressione «illuminismo applicato» (Dahrendorf, 1967). Si tratta di una concezione ingegneristica delle scienze sociali, basata sul presupposto della disponibilità di una base conoscitiva adeguata (teoricamente fondata) tale da consentire all'ingegnere sociale, posto di fronte a un problema concreto di *policy*, di individuare le soluzioni più vantaggiose e di prospettarle a un'autorità pubblica, cui si attribuisce l'inclinazione a far uso di tali prescrizioni nei processi decisionali. Da questa matrice è scaturita una concezione della natura dei rapporti tra conoscenza e azione fondata sull'idea di una radicale separazione di campo tra «esperto», che procede sulla base delle usuali tecniche di calcolo su rappresentazioni simboliche e di indagini a fini di giudizio

ed esprime il livello più alto di comprensione analitica della struttura delle questioni da risolvere, e autorità pubblica, intesa come commit-tenza di queste indagini e utenti dei loro risultati, e vista come la sede nella quale questi ultimi acquisiscono una traduzione operativa in processi decisionali.

Oggi questa separazione di campo tra «esperto» e senso comune o «pubblica opinione» è sempre più messa in discussione anche per quanto riguarda il dominio delle scienze della natura, come la fisica (basti pensare, a questo proposito, alle discussioni sul problema dell'energia e all'esito del referendum sul nucleare) e la biologia e la medicina. In particolare, l'impetuoso affacciarsi delle bioscienze sulla scena della nostra esperienza quotidiana di uomini e di cittadini è accompagnato da un'attenzione, da una tensione e da un coinvolgimento che ha pochi precedenti nella storia della ricerca. Questo livello di partecipazione, cognitiva oltre che emotiva, si spiega col fatto che lo sviluppo di questa complessa branca del sapere rende sempre più problematica e difficilmente praticabile la tradizionale, netta separazione tra il campo di pertinenza della scienza (descrittivo ed esplicativo, cioè riferito alla realtà, oggetto di studio, nelle sue caratteristiche strutturali e nelle sue leggi) e quello proprio dell'etica (prescrittivo, cioè riferito ai valori e alle linee guida della condotta).

È qui, in questa interfaccia tra «fatti» e «valori», che si pone la questione, ineludibile, della coesione sociale e dei nuovi diritti. Le complesse problematiche poste dalle bioscienze non possono essere fatte rientrare nella sola sfera soggettiva e privata di ogni singolo ricercatore, della sua razionalità e delle sue scelte morali, né possono essere riferite esclusivamente al sistema di norme comportamentali e regolative assunte all'interno di un gruppo ristretto o di una specifica professione e fatte proprie da tutti i suoi membri e componenti, in quanto sarebbe oltremodo riduttivo ridimensionarle e confonderle banalmente con aspetti legati alla deontologia professionale. Si tratta infatti di questioni di interesse generale, che riguardano la società civile nel suo insieme e sulle quali, del resto, la stessa comunità scientifica risulta spesso incerta e divisa. In questa situazione, la difficoltà di assumere una posizione avallata dalla piena certezza scientifica, anziché essere occultata o sminuita, deve venire portata alla luce e tematizzata esplicitamente, consentendo l'espansione del contesto valutativo a competenze e a soggetti diversi dagli esperti del settore.

Forse le bioscienze sono oggi il campo della ricerca in relazione al quale emergono, con maggiore chiarezza, la necessità di un confronto,

aperto, chiaro e trasparente, tra diversi poteri e punti di vista e l'esigenza di rendere il processo decisionale il più rispondente possibile ai bisogni della società, e pertanto più aperto e collegato alle istanze di quest'ultima, cui bisogna assicurare non solo il diritto concreto all'informazione, ma anche un'effettiva partecipazione nelle valutazioni e nelle scelte. Lo dimostra il recente caso della legge 40 sulla procreazione assistita, contro la quale, oltre ai quesiti referendari abrogativi, dichiarati in gran parte (quattro su cinque, com'è noto) ammissibili dalla Corte Costituzionale, si sta combattendo anche sul fronte delle linee guida emesse dal Ministero della Salute per indicare a medici e operatori della sanità come mettere in pratica la norma. Il documento infatti è stato impugnato presso il Tar del Lazio da comitati costituitisi *ad hoc* soprattutto per quanto riguarda la parte che, con una ulteriore interpretazione restrittiva della legge, vieta ogni diagnosi pre-impianto salvo quella osservazionale, che però non fornisce informazioni sul corredo cromosomico, ma solo sulle anomalie nell'aspetto e nello sviluppo. Tutto il resto è considerato eugenetica. Inoltre nelle linee guida si dice che il trasferimento dell'embrione non è coercibile, mentre nella legge troviamo l'obbligo di trasferimento tranne casi di forza maggiore relativi alla salute della donna. I contrasti non finiscono qui. Mentre la legge vieta e sanziona con la reclusione fino a tre anni e multe da 50 mila a 150 mila euro la soppressione degli embrioni non trasferiti, le linee guida la ammettono. Stessa confusione sulla crioconservazione in attesa di impianto, consentita nelle linee guida e sanzionata invece nella legge. Oltre a ledere le libertà fondamentali degli individui, le linee guida hanno quindi effetti pesanti sulla deontologia professionale, in quanto riducono i medici a semplici esecutori di norme, costretti a trasferire embrioni anche se malati nonostante ciò possa nuocere alla salute della donna, in palese contrasto, quindi, con ogni etica professionale.

Un altro punto sottolineato nel ricorso è che il testo di queste linee guida è stato redatto da una commissione scelta autonomamente dal ministro senza avvalersi dell'Istituto superiore di sanità (Iss) come invece previsto dalla legge.

Il caso della legge 40 fa così emergere un confronto tra forme di sapere e approcci e opzioni differenti, riguardanti soprattutto il diritto dei cittadini a partecipare in maniera attiva e concreta a scelte e decisioni che li coinvolgono e li riguardano da vicino. Questo confronto, come

sottolineano le istituzioni europee¹, pone in modo sostanziale due esigenze ormai imprescindibili, vale a dire:

- una scienza più democratica;
- una democrazia maggiormente partecipativa.

2. *Dal government alla governance: metadecisioni e decisioni operative*

Sofferamoci sulla seconda delle due istanze appena evidenziate. La questione della partecipazione attiva delle comunità e dei soggetti, individuali e collettivi, in cui si articolano al governo effettivo dei sistemi-paese è ormai riconosciuta come un preminente obiettivo politico a livello locale, nazionale e internazionale. Essa, com'è noto, ha assunto un ruolo prioritario nel 1992 alla *Rio United Nations Conference on the Environment and Sustainable Development*, che ha portato all'istituzione dell'Agenda 21. Un'importante finalità che sta alla base di quest'ultima è il coinvolgimento di un'ampia schiera di partecipanti ai processi di *policy-making*, finalità da cui devono scaturire impegni concreti, da tradurre anche in forme legislative, a implementare politiche partecipative a livello locale sulla base del seguente principio:

«Uno dei prerequisiti fondamentali per lo sviluppo sostenibile è l'ampia partecipazione pubblica al *decision making*. Inoltre, nel contesto specifico dell'ambiente e dello sviluppo, è emersa l'esigenza di nuove forme di partecipazione. Ciò include il bisogno per individui, gruppi e organizzazioni di partecipare alle procedure di impatto ambientale e di prendere parte attiva alle decisioni, in particolare a quelle che interessano potenzialmente le comunità che vi abitano e lavorano» (United Nations, 2002, cap. 23, sez. 2).

Questa finalità generale deve assumere concretezza attraverso la costruzione di *scenari partecipativi*, alla base dei quali ci sono alcuni presupposti teorici di carattere generale, che vanno analizzati in profondità.

Al riguardo un'importante distinzione da fare, e che si sta ormai affermando anche a livello di senso comune, è quella tra *government*, che indica il governo in quanto istituzione, e *governance*, che fa invece riferimento al governo medesimo in quanto attività. In modo più preciso e specifico, *government* è l'azione di governo svolta dal settore pubblico, che provvede alla soluzione dei problemi proposti dalla società attra-

¹ Commissione delle Comunità europee, 2001.

verso la mobilitazione del suo apparato politico-amministrativo, mentre *governance* è l'azione di governo svolta attraverso la partecipazione effettiva di una serie di soggetti che sono in posizioni molto diverse quanto a livello gerarchico (attori centrali e locali) e statuto (pubblico, semi-pubblico e privato). Il passaggio dal primo alla seconda, dunque, segna l'affermarsi di un insieme di interazioni che, su scala locale o a livello funzionale, danno luogo a scelte di governo, svincolandosi dalle istituzioni formali e coinvolgendo reti di relazioni tra attori quali: imprese private, rappresentanti degli interessi e delle categorie produttive, gruppi ambientalisti, agenzie pubbliche o semi-pubbliche, rappresentanti dello Stato, centri di ricerca, associazioni, famiglie, ecc.

La *governance* implica dunque la strutturazione di una rete di relazioni molteplici e lo sviluppo di meccanismi alternativi di negoziazione tra i diversi gruppi e sottosistemi che rendono possibile l'azione di governo. Il suo obiettivo generale è la creazione di un orizzonte condiviso che sia patrimonio di tutti gli attori coinvolti e che li spinga a muoversi in modo il più possibile coordinato. Questa rete di relazioni va ovviamente inserita nella griglia dei rapporti che si instaurano tra i livelli di governo di tipo verticale (l'Unione Europea, il governo nazionale, i governi di rango regionale, provinciale e comunale) e di tipo orizzontale (tra Comuni, Province, Regioni).

Quest'ultimo aspetto è di grande importanza perché obbliga a perseguire, con chiarezza d'intenti, coerenza delle scelte ed efficacia per quanto riguarda le linee operative, due obiettivi che debbono richiamarsi e sostenersi a vicenda: il *principio di esclusività*, che richiede che le competenze relative a ogni specifica linea d'intervento e d'azione siano distribuite, verticalmente e orizzontalmente, in modo da impedire che istituzioni diverse insistano sulla medesima area di azione collettiva e da evitare ogni forma di duplicazione e di sovrapposizione tra poteri differenti; e il *principio del significato cogente e della generalità delle metadecisioni*, o decisioni di secondo livello, il cui contenuto non può essere mai una decisione diretta (e tanto meno una prescrizione) su un comportamento operativo, bensì un'indicazione o *decisione su come decidere o valutare* (i comportamenti operativi). Questo secondo principio stabilisce pertanto il valore vincolante, per tutti i poteri territoriali subordinati, dei criteri e delle regole per l'assunzione delle decisioni operative dettate dal potere, cui spetta il compito di far emergere e consolidare il quadro delle premesse comuni e lo sfondo condiviso: questi devono assicurare a un sistema qualunque il livello di omogeneità e di standard convergenti, necessari a far sì che ciascuna delle parti com-

ponenti possa attingere al patrimonio conoscitivo collettivo e contribuire, a sua volta, alla diffusione del sapere e delle pratiche migliori nel sistema medesimo. Ciò che il centro deve fare è, dunque, sostenere l'attività decisionale di natura più marcatamente operativa, svolta dalle unità periferiche, attraverso metadecisioni che garantiscano quei *presupposti relazionali di interfaccia*, che si esprimano nella disponibilità di un linguaggio strategico di comunicazione e di interazione (che «parli», in particolare, di fini, valori, criteri di valutazione, giudizi di scenario, e così via) e di trasferimento della conoscenza, in modo da attivare la comunicazione policentrica e multidirezionale delle unità fra loro e con l'esterno.

Come esempio pratico di distinzione tra questi due livelli decisionali si prende la sentenza della Corte Costituzionale del 13 gennaio 2004, n. 13, che riguarda l'attribuzione dei poteri e della competenza per quanto riguarda il sistema dell'istruzione. Essa stabilisce che appartengono all'ambito delle decisioni strategiche l'ordinamento scolastico, i programmi scolastici, il sistema di certificazione, di valutazione, lo stato giuridico del personale, le funzioni finalizzate a garantire l'unitarietà del sistema nazionale d'istruzione, mentre la programmazione e la gestione del servizio scolastico, e quindi anche la distribuzione del personale tra le scuole, non potendo essere riconducibili alle norme generali sull'istruzione, fanno parte dell'ambito delle decisioni operative che la riforma del Titolo V della Costituzione attribuisce alla competenza delle Regioni. Ne deriva che in questa materia la competenza statale «non può esercitarsi altro che con la determinazione dei principi organizzativi che spetta alla Regione svolgere con una propria disciplina».

Dichiarata, quindi, l'illegittimità costituzionale della norma della Finanziaria, nella parte in cui non prevede che la competenza del dirigente dell'amministrazione scolastica statale «venga meno quando le Regioni [...] attribuiscono a propri organi la definizione delle dotazioni organiche del personale docente delle istituzioni scolastiche», la Corte, per soddisfare l'esigenza della continuità istituzionale, perché «alla erogazione del servizio scolastico sono collegati diritti fondamentali» di studenti e di famiglie, ma anche del personale docente circa la propria posizione lavorativa, ha ammesso che la disposizione debba continuare ad operare fino a quando «le Regioni si saranno dotate di una disciplina e di un apparato istituzionale idoneo» ad esercitare la riconosciuta competenza.

Questa sentenza impone dunque di imboccare, senza indugi e infin-

gimenti, la strada attraverso la quale costruire quei *presupposti relazionali di interfaccia*, che si esprimano nella disponibilità di un linguaggio strategico di comunicazione e di interazione, e attivare quel sistema *reticolare-relazionale interno* di soggettualità parti, di cui si parlava in precedenza, indicandoli come contenuti concreti dell'azione ministeriale.

3. Criteri e modalità dell'organizzazione dal basso

Il passaggio dal *government* alla *governance* fa emergere in primo piano l'esigenza di disporre di una teoria del valore che non incorpori soltanto valori economici, ma anche un valore sociale. Viene così posto sul tappeto un tema, quello della *qualità*, sul quale ha scritto parole illuminanti, e che meritano di essere qui ricordate, Robert M. Pirsig, in quella straordinaria sua opera prima, dal titolo *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta* (1990).

Secondo Fedro, il protagonista del romanzo, il mondo è composto di tre elementi: Mente, Materia e, appunto, Qualità. «Egli notò», scrive Pirsig a proposito di quest'ultima, «che, benché normalmente la Qualità sia associata agli oggetti, talvolta le sensazioni di Qualità si verificano senza la loro presenza. Questo, sulle prime, lo aveva indotto a pensare che forse la Qualità era soggettiva, ma d'altra parte il piacere soggettivo non era quello che lui intendeva per Qualità. La Qualità *fa diminuire* la soggettività. La Qualità fa uscire da se stessi, rende consapevoli del mondo circostante. La Qualità è *l'opposto* della soggettività» (p. 235).

Questa necessità di liberare la qualità dall'ipoteca della soggettività non deve però indurci, secondo Pirsig, a cadere nell'errore opposto, quello di assimilarla alla quantità. La transizione da quest'ultima alla qualità implica, infatti, un cambiamento non solo dei criteri di valutazione, ma anche dei soggetti che sono protagonisti delle scelte relative. La quantità può essere gestita *dall'esterno* o *dall'alto*, perché le valutazioni che hanno per oggetto variabili quantitative sono effettuate in base a regole standard, essendo chiaro, per definizione, che uno in più è sempre meglio che uno in meno. La qualità, invece, è un discorso difficilmente definibile dall'esterno o dall'alto. Come sottolinea Rullani, «volere maggiore qualità significa, in realtà, reclamare maggiore possibilità di *auto-organizzare* la propria vita, scegliendo – individualmente o in gruppi comunitari – che cosa sapere o che cosa fare, seguendo la propria idea di quale sia la qualità per cui vale davvero la

pena darsi da fare. Tecnochraticamente, si può cercare di imbastire qualche procedura di valutazione “neutrale” sulla bontà del servizio offerto agli utenti dall’università, da un ospedale o da una rete di trasporti. Ma se si guardano gli aspetti complessi che veramente interessano l’utente, è facile capire che l’unica vera valutazione che conta è direttamente la sua, che può dare importanza o meno a fattori che la valutazione tecnica non sa come “pesare”. La qualità non può essere, dunque, *né definita né elargita dall’esterno, ma deve essere elaborata in modo autonomo, dal basso* assumendosene la responsabilità e i rischi» (Rullani, 2003).

È per questo che il discorso relativo alla qualità è stato accompagnato, e si è venuto via via intrecciando sempre di più, con quello riguardante i «sistemi autoorganizzantisì», o «autoorganizzativi», la cui caratteristica essenziale è l’*autonomia*.

La sempre più diffusa e capillare presenza, all’interno del contesto sociale, di sistemi di questo genere, sta facendo emergere con forza un’immagine reticolare della conoscenza, come progressiva costruzione, dal basso, di uno sfondo e di un contesto comune tra di essi. Alla tradizione dell’illuminismo applicato subentra così una prospettiva che esalta al massimo grado la capacità di tendere all’intesa attraverso l’attività pratica e l’interazione. E questo mutamento di paradigma non appare certo privo di motivazioni valide in un’epoca alle prese con problemi, la cui complessità esige lo sforzo concorde e la collaborazione fattiva tra esperti di diversa matrice culturale e professionale, oltre a una convergenza inedita tra esperti e pubblica opinione.

4. *Dall’intersoggettività alla condivisione*

Questa convergenza tra esperti e pubblica opinione esige però, come presupposto che ne renda concretamente possibile il raggiungimento, l’orientamento a considerare non solo il linguaggio, ma anche il pensiero come *strumenti interattivi*, tesi alla costruzione di uno sfondo il più possibile condiviso tra soggetti che partono da punti di vista magari profondamente diversi, in linea con la tendenza, che ha caratterizzato, a partire dagli anni ’80, più ambiti (filosofia della conoscenza e dell’azione, logica, informatica, economia) a studiare modelli atti a rappresentare l’interazione di più agenti, capaci sia di conoscere, sia di agire. In tali contesti risulta essenziale sviluppare un’articolata strumentazione razionale, che permetta a questi agenti di rappresentare conoscenze, di eseguire inferenze, di applicare diverse modalità comunica-

tive e, infine, di pianificare azioni, in quanto singoli, ma anche in quanto gruppo con i connessi problemi di coordinazione. In seguito a questi sviluppi il pensiero diventa sempre più una forma di connessione e collaborazione tra persone diverse, il risultato di una condivisione con la famiglia, con l'impresa, con gli amici ecc., cioè un fenomeno di gruppo.

L'importanza e l'attualità di questo nuovo filone di ricerca sono confermati anche dallo sviluppo, nell'ambito della logica formale, di teorie sistemiche per sistemi multiagente – formalmente dei sistemi multimodali, che possono incorporare anche una dimensione temporale – le quali prevedono la possibilità, da parte di ciascun agente, di ragionare sulle proprie conoscenze e su quelle altrui, e permettono l'identificazione di conoscenze distribuite (*distribute knowledge*) o condivise da un gruppo di agenti (*common knowledge*) (Fagin e al., 1996).

L'interesse di questo orientamento sta nel fatto che esso sancisce in modo esplicito il tramonto di quello che Giuseppe Peano, uno dei maestri del pensiero formale, chiamò, nel 1898 il «sogno di Leibniz» (Peano, 1960), cioè un programma di ricerca che lo stesso autore presentò con le seguenti parole: «Ma, per tornare all'espressione dei pensieri per mezzo di caratteri, sento che le controversie non finirebbero mai e che non si potrebbe mai imporre il silenzio alle sette, se non ci riportassimo dai ragionamenti complicati ai calcoli semplici, dai vocaboli di significato vago e incerto ai caratteri determinati. Occorre, cioè, far sì che ogni paralogismo sia nient'altro che un errore di calcolo, e che ogni sofisma, espresso in questo genere di nuova scrittura, nient'altro sia che un solecismo o barbarismo, da sciogliere mediante le stesse leggi di questa grammatica filosofica. Una volta fatto ciò, quando sorgeranno delle controversie, non ci sarà maggior bisogno di discussione tra due filosofi di quanto ce ne sia tra due calcolatori. Sarà sufficiente, infatti, che essi prendano la penna in mano, si siedano a tavolino e si dicano reciprocamente (chiamato, se loro piace, un amico): *calulemus*» (Leibniz, 1968, p. 237).

Come risulta chiaramente da questa citazione, il sogno di Leibniz viene presentato come un tentativo di impostare il problema del rapporto tra intelligenze individuali e intelligenza collettiva a partire dalla convinzione che la disponibilità di un linguaggio e di un metodo appropriati potessero garantire il progressivo convergere delle prime verso soluzioni condivise in quanto inoppugnabili e tali quindi da costituire una base certa per la progressiva costruzione di quello che potremmo chiamare un «intelletto collettivo o sociale».

Questo sogno si basa su un presupposto, quello della *riducibilità del pensiero a calcolo*, in virtù della quale si afferma quella concezione dell'intelligenza come arte che ha il vantaggio di non far intervenire né la memoria, né l'intuizione, affidandosi invece unicamente a *regole sensibili e meccaniche*, grazie alle quali il ragionamento si riduce a una combinazione di caratteri, a un gioco di scrittura, a una manipolazione meccanica di simboli, in breve a un calcolo, appunto.

Questo sogno ha dovuto fare i conti con un doppio ordine di questioni: la crescente consapevolezza del fatto che il *tempo* è una risorsa che non può essere sprecata, e che quindi esige *efficienza*, in primo luogo; e la *crescente complessità* dei problemi da affrontare, che spesso richiedono di operare su un numero talmente cospicuo di variabili, da rendere problematica la loro soluzione attraverso il calcolo, anche perché si è dimostrata illusoria la convinzione che i supercalcolatori disponibili consentano la risoluzione di problemi di arbitraria complessità. In tali casi si impone pertanto una opportuna riduzione dimensionale, attraverso lo sviluppo di metodologie di approssimazione che consentano di abbassare drasticamente la complessità del problema e di disporre di algoritmi tali da rendere possibile la risoluzione su un calcolatore. Ovviamente tale riduzione deve essere giustificata: non deve far perdere di significatività al problema in esame, e quindi esige attenzione alla struttura, efficienza, accuratezza e affidabilità. La sintesi tra tutte queste esigenze è tutt'altro che facile e richiede lo sforzo coordinato e congiunto di prospettive teoriche diverse e di competenze che è impensabile pensare di trovare all'interno di un unico agente. La necessità di *ridurre preliminarmente, per poter risolvere* ha così portato ad assumere un punto di vista diverso rispetto a quello classico, che fa riferimento non più allo sforzo di un singolo soggetto individuale, impegnato ad affrontare e a risolvere in solitudine uno specifico problema, ma a processi di collaborazione e di codecisione tra individui diversi, che partano da premesse comuni, concordemente accettate da tutti.

La convergenza tra intelligenze individuali e tra punti di vista diversi non è più quindi considerata come il risultato, in qualche modo semplice e immediato, del ricorso al calcolo, e quest'ultimo cessa, di conseguenza, di essere presentato come lo strumento unico ed esclusivo della costruzione dell'intersoggettività e della stessa razionalità, al punto da poter essere identificato, senza riserve e residui di sorta, con il pensiero. Se prima del calcolo e a monte di esso vi deve essere la costruzione di uno sfondo condiviso tra agenti che partono da valori, ideali, obiettivi e approcci differenti è evidente che la questione cen-

trale della razionalità diventa quella della *condivisione* e del come vi si perviene. Tutti i saperi dell'uomo, inclusa la matematica e le cosiddette «scienze dure», sono basati sulla condivisione di valori, di procedure e di formazioni concettuali, come sulla condivisione è basata la stessa funzione comunicativa del linguaggio. E questa è una rivoluzione epocale, che ci deve portare a dire che contrariamente a ciò che generalmente si dice, la nostra non è affatto l'epoca della conoscenza globale, che schiaccia e mortifica i saperi locali; al contrario è quella che sta ridimensionando sempre più la pretesa di alcuni linguaggi e ambiti disciplinari di essere gli unici depositari della razionalità e i cardini esclusivi sui quali essa si fonda. A questa pretesa sta sempre più subentrando l'idea che ciò che chiamiamo razionalità sia una specie di *patchwork*, il risultato di una sorta di operazione di «incollamento» tra spazi di razionalità locali e circoscritti, che devono essere posti in comunicazione reciproca attraverso la disponibilità di un linguaggio comune e di uno sfondo condiviso. A conferma di ciò vi è il fatto che quando oggi si afferma che le nuove tecnologie e le reti favoriscono il trasferimento della conoscenza non si intende affatto dire che esse rendono in qualche modo disponibile una specie di *database* «universale» cui tutti i contesti locali possano indifferentemente attingere, bensì ci si riferisce alla possibilità di estendere fino a limiti prima impensabili l'interazione fra collettività, creando un *network* che metta in comunicazione i vari contesti locali, permettendo a questi ultimi di interagire e di cercare insieme soluzioni condivise, o individuando in modo comunitario come mettere in relazione al meglio i rispettivi bacini cognitivi. Il concetto di cittadinanza deve oggi essere ripensato e concretamente elaborato tenendo conto di questo passaggio dall'egemonia del concetto di *intersoggettività*, su cui è stato costruito – è comunque bene non dimenticarlo – lo sviluppo della razionalità occidentale e, in particolare, della scienza moderna, alla sempre maggiore incidenza di un'idea guida, come quella di *condivisione*, che richiede un diverso modello di comunicazione e un uso alternativo degli strumenti linguistici e concettuali di cui disponiamo.

Riferimenti bibliografici

- United Nations, 2002, *Agenda 21*.
Pirsig R.M., 1990, *Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta*, Adelphi, Milano.
Rullani E., 2003, *Lawro e impresa: dalla quantità alla qualità*, Il Mulino, Bologna.

- Commissione delle Comunità europee, 2001, *European Governance. A White Paper*, 25/07/2001, Com (2001) 428 def., Bruxelles, http://europa.eu.int/eurlex/en/com/cnc/2001/com2001_0428en01.pdf.
- Dahrendorf R., 1967, *Società e sociologia in America*, Bari, Laterza, (ed. orig. 1963).
- Fagin R. e al., 1996, *Reasoning about Knowledge*, Mit, Boston.
- Peano G., 1960, *Formulario*, II, 2, Cremonese, Roma.
- Leibniz G.W., 1968, «Sulla scienza universale o calcolo filosofico, sulla Caratteristica», in *Scritti di logica*, a cura di F. Barone, Zanichelli, Bologna.

Le malattie rare come esemplificazione di contrasto della marginalità

Domenica Taruscio

RPS

Le malattie rare sono un insieme eterogeneo di patologie umane, accomunate dalla bassa frequenza nella popolazione (non oltre 5:10.000 secondo i criteri europei) e da seri problemi sociosanitari associati a tale bassa frequenza; tuttavia, data la loro numerosità (circa 6.000) esse interessano complessivamente una consistente frazione della

popolazione. Sono patologie poco conosciute e poco studiate, spesso cronico-invalidanti, in cui l'intervento sociosanitario deve comprendere anche il sostegno alla scelte di vita e lavorative delle persone affette. Sulle malattie rare sono in corso importanti iniziative di sanità pubblica nazionali e internazionali.

1. Definizione e inquadramento

Dalle origini della medicina coloro che si sono confrontati con il fenomeno malattia hanno sentito la necessità di descrivere le singole malattie (nosografia), di classificarle in forme o sottoforme e quindi di ordinarle secondo affinità di gruppo. Gli attuali sistemi classificativi delle malattie hanno la caratteristica di essere condivisi a livello internazionale (es. *International Classification of Diseases*, Ministero della Sanità, 2001) e utilizzare per la definizione di categorie nosologiche sia criteri eziologici (es. malattie infettive) che topografici (interessamento di organi, apparati e sistemi; esempio malattie del sistema nervoso). Le malattie rare rappresentano, tuttavia, un gruppo trasversale a tutti i sistemi di classificazione nosologica attualmente in uso; infatti, il criterio di definizione di «malattia rara» non è né eziologico né topografico, bensì epidemiologico.

Si tratta, infatti, di un grande ed eterogeneo insieme di patologie umane (Taruscio e Cerbo, 1999), accomunate dalla bassa frequenza nella popolazione, e da seri problemi sociosanitari associati a tale bassa frequenza. La consapevolezza dell'importanza dello studio dei casi di forme rare di malattia risale agli albori della medicina moderna, ma la

considerazione delle malattie rare, nel loro insieme, come una questione di sanità pubblica è piuttosto recente.

Il numero delle malattie rare è stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità intorno a 6.000 e rappresentano circa il 10% delle patologie umane. Il limite di occorrenza nella popolazione, unico elemento di definizione della condizione di «rarietà», risulta diverso nei vari paesi.

Nel programma di azione per la lotta alle malattie rare, la Commissione europea ha definito rare quelle patologie la cui prevalenza non è superiore a 5 su 10.000 abitanti (*Official Journal*, 1999), mentre il Congresso degli Stati Uniti ha fissato la soglia di 200.000 casi nella popolazione totale (quindi una malattia con una prevalenza inferiore a circa 7,5 su 10.000) (*The Orphan Drug Act*, 1983; Groft, 1999). Tale è infatti la soglia al di sotto della quale una malattia non rappresenta un mercato sufficiente a stimolare lo sviluppo di un farmaco. Infine, in Giappone una malattia è definita rara quando la prevalenza è inferiore a 4 su 10.000. La definizione di malattia rara è pertanto arbitraria e il gruppo corrispondente non è stabile, bensì dinamico: le misure epidemiologiche si modificano e una malattia che oggi è rara può non esserlo domani e viceversa; oppure la condizione di rarità può essere presente in talune aree geografiche e non altre. Ad esempio, malattie infettive o carenziali considerate rare nei paesi occidentali possono essere comuni in paesi in via di sviluppo.

Pertanto, il raggruppamento «malattie rare» può modificarsi, nello spazio e nel tempo, e non solo per ciò che riguarda il «contenuto» (malattie in esso collocate) ma anche per ciò che riguarda le dimensioni del «contenitore» (valore soglia).

In generale, quanto più una definizione è stabile, condivisa e universalmente utilizzata tanto più risulta vantaggiosa per gli scopi per cui è stata realizzata. Ciò avrebbe dovuto scoraggiare la definizione del gruppo «malattie rare» che invece trova le sue motivazioni in caratteristiche comuni dei singoli elementi del gruppo.

Queste caratteristiche si rendono evidenti se si considerano tali malattie sul versante sociosanitario e in particolare considerando i seguenti punti:

- ♦ sono poco conosciute e poco studiate; la bassa prevalenza ostacola spesso le attività di ricerca scientifica, sia per l'esiguo numero di pazienti sia perché le risorse necessarie non sono sempre disponibili per motivi economici. Inoltre, le conoscenze scientifiche possono avere un carattere «episodico»; ad esempio, la presenza di conoscenze sull'eziopatogenesi di malattie molto rare

grazie all'impegno di singoli gruppi di ricercatori, in assenza di basi adeguate per sviluppare successivi possibili trattamenti (ad es. per l'assenza di altri gruppi di ricercatori con competenze specifiche e risorse dedicate);

- ♦ sono spesso ad andamento cronico e ad esito invalidante;
- ♦ i percorsi diagnostico-terapeutici sono resi difficoltosi dalla necessità di conoscenze ed esperienze molto specifiche da parte degli operatori sanitari, che spesso sono patrimonio di pochi, perché riguardano condizioni rare;
- ♦ l'assistenza deve riguardare non solo l'aspetto sanitario, ma si deve orientare anche verso l'ambito socio-economico, da cui dipende in ampia misura la possibilità della persona con malattia rara di affermarsi in ambito individuale, familiare e sociale;
- ♦ la persona con malattia rara vive spesso una condizione di isolamento e necessita di informazioni sia sulle caratteristiche della malattia, e quindi le possibilità assistenziali, sia sulle leggi e i diritti.

Pertanto, la costituzione del raggruppamento «malattie rare» consente di programmare e realizzare interventi di sanità pubblica indirizzati a queste nel loro insieme, nella ragionevole convinzione che il rapporto costi/benefici sia migliore rispetto ad interventi volti alle singole patologie.

L'entità malattia rara si configura quindi come un concetto a carattere sociosanitario, con ciò intendendo non solo gli aspetti diagnostico-terapeutici ma anche quelli inerenti all'attività di prevenzione e riabilitazione e al sostegno socio-economico.

2. Malattie rare e problemi di sanità pubblica

Le malattie rare sono condizioni morbose poco frequenti per definizione; tuttavia, la loro numerosità fa sì che la frazione di popolazione colpita nel suo complesso sia di dimensioni imponenti. Infatti, secondo alcune stime, circa un milione di italiani e 20-30 milioni di cittadini europei potrebbero essere coinvolti.

L'eziologia di molte malattie rare è sconosciuta, così pure, per la gran parte di esse, la presenza di eventuali fattori di predisposizione o di rischio.

All'80% delle malattie rare si riconosce una causa genetica, anche se spesso non si conoscono i meccanismi eziopatogenetici; le malattie rare sono estremamente eterogenee, comprendendo da forme relati-

vamente più conosciute e «frequenti» (ad es. la sclerosi laterale amiotrofica, la malattia di Prader-Willi) a forme rarissime con pochi casi descritti nella letteratura medica mondiale (es. l'emiplegia alternante). Le malattie rare con componente ambientale includono, tra l'altro, la gran parte delle malformazioni congenite, importanti nei paesi industrializzati come causa di mortalità infantile e di invalidità.

I percorsi diagnostico-terapeutici sono resi più difficili dall'esiguo numero di strutture sanitarie e operatori sanitari (e spesso dalla loro non omogenea distribuzione sul territorio nazionale) in grado di fornire risposte soddisfacenti ai bisogni di salute dei pazienti. Ciò è dovuto al fatto che la risposta deve essere di alto livello qualitativo: queste malattie necessitano di un'assistenza ultraspecialistica e multidisciplinare, volendo intendere con ciò il possesso, l'utilizzo e la convergenza di diverse conoscenze ed esperienze specifiche in un ambito che travalica l'aspetto sanitario e coinvolge anche il versante sociale.

La scarsa disponibilità di conoscenze scientifiche e la difficoltà a condividere esperienze cliniche determinano spesso lunghi tempi di latenza tra esordio della patologia e diagnosi, e ciò incide negativamente sulla prognosi del paziente. Inoltre, spesso i criteri diagnostici sono fortemente disomogenei.

La Commissione nazionale degli Usa sulle «*Orphan diseases*» (istituita nel 1985) ha rilevato che per un terzo dei cittadini americani affetti da malattie rare sono stati necessari da 1 a 5 anni per ricevere una diagnosi corretta, e per il 15% di essi, la diagnosi è stata effettuata dopo 6 o più anni. I dati disponibili a livello europeo confermano tale difficoltà nella diagnosi, alla quale contribuiscono diversi fattori, quali ad esempio il mancato riconoscimento da parte degli operatori sanitari, dovuto alla rarità dell'evento, la mancata definizione di percorsi diagnostici adeguati, la mancanza di test (es. test genetici), oppure la mancata validazione dei test eventualmente disponibili (Taruscio e Cerbo, 1999).

La rarità incide anche sulle possibilità della ricerca clinica, in quanto la valutazione di nuove terapie è spesso resa difficoltosa dall'esiguo numero di pazienti arruolabili nei *trial* clinici. Il ricorso a una casistica multicentrica può, inoltre, diminuire la qualità dello studio, in quanto i criteri di reclutamento possono essere disomogenei.

Per questi motivi i pazienti affetti da malattie rare vivono un'esperienza doppiamente dolorosa rappresentata sia dalla condizione morbosa quasi sempre molto severa, sia dal non essere riconosciuti, diagnosticati e curati per quanto si potrebbe.

3. Strategie per l'azione sociosanitaria

Come abbiamo visto, il concetto di «malattia rara» non è nuovo, anche se relativamente recente è la definizione di precisi criteri epidemiologici. Le prime misure sociosanitarie specifiche nei confronti delle malattie rare risalgono ai primi anni '80 insieme alle prime iniziative per stimolare la ricerca e sviluppo di farmaci nei confronti di patologie che sono di scarsa attrattiva per il cosiddetto «mercato della salute». Infatti, gli Usa nel 1983 hanno adottato una Legge sui medicinali orfani (*Orphan Drugs Act*) per promuovere lo sviluppo e la commercializzazione di questi prodotti. Nello stesso anno è stata avviata l'attività della *National Organization for Rare Disease*, che riunisce e sostiene tutti gli organismi di volontariato impegnati nel sostegno delle persone affette da malattie rare (<http://www.rarediseases.org>).

In Europa nell'aprile del 1999, con la Decisione n. 1295/1999/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio, viene adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione della Sanità pubblica per il quadriennio 1999-2003 (*Official Journal*, 1999).

Gli obiettivi di questo programma di azione riguardavano il miglioramento dell'accesso all'informazione, la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari, la promozione della collaborazione transnazionale tra organizzazioni di volontariato e professionali, il controllo epidemiologico delle malattie rare e la realizzazione di una rete di esperti.

A questo programma di azione è seguito il Regolamento n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente i medicinali orfani con l'istituzione di una procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano allo scopo di incentivare la ricerca, lo sviluppo e l'immissione in commercio di farmaci così qualificati (*Official Journal*, 2000). Mediante questo Regolamento comunitario vengono definiti i criteri per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano per la diagnosi, prevenzione o trattamento di «condizioni» a rischio di vita o cronicamente invalidanti, la cui prevalenza deve essere non superiore a 5 casi su 10.000 abitanti nella popolazione europea, inoltre al momento della designazione non devono esistere metodi soddisfacenti di diagnosi, profilassi o terapia per tale condizione autorizzati nella Comunità oppure, se tali metodi esistono, il medicinale in questione dovrà avere effetti benefici significativi per le persone colpite. Per l'industria, e più in generale per lo sponsor, il principale incentivo a sviluppare prodotti per le malattie rare è rappresentato dal

ricevere dieci anni di esclusività di mercato per il prodotto designato come «orfano», oltre ad altre facilitazioni quali ad es. ricevere assistenza scientifica da parte dell'*European Medicines Agency* (Emea) per l'elaborazione di protocolli.

Per svolgere questa attività di valutazione nel 2001 è stato istituito il *Committee for Orphan Medicinal Products* (Comp) nell'ambito dell'Emea a Londra.

Al Regolamento 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio è seguito il Regolamento n. 847/2000 che stabilisce le disposizioni di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano e la definizione dei concetti di medicinale «simile» e « clinicamente superiore » (Campos-Castello, 2001; Pabst, 2001).

In linea con la posizione europea, l'Italia ha individuato nelle malattie rare un ambito d'intervento prioritario nelle attività di sanità pubblica. Questo orientamento è evidenziato dai contenuti dei Piani sanitari nazionali (Psn) 1998-2000 e 2003-2005.

Coerentemente con le indicazioni dei sopra citati Psn, le malattie rare sono state introdotte fra gli argomenti principali di progetti di ricerca finalizzata, finanziati dal Servizio sanitario nazionale; il primo progetto nazionale di ricerca sulle Mr è stato promosso nel 1998 dall'Istituto superiore di sanità: «Malattie rare: dalla ricerca alla clinica».

Attualmente, nel nostro paese, il substrato legislativo delle azioni indirizzate alle malattie rare è rappresentato dal decreto ministeriale n. 279 maggio 2001, «Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie» («Gazzetta Ufficiale» n. 160, del 12.7.2001, Suppl. ord. n. 180/L). Questo regolamento prevede la realizzazione di una rete clinico-epidemiologica costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni, con il duplice scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e di realizzare la raccolta di dati epidemiologici utili alla programmazione, realizzazione e valutazione di interventi di sanità pubblica. Coordinamento e valutazione dei dati sono compito del Registro nazionale delle malattie rare istituito all'Istituto superiore di sanità mediante lo stesso decreto ministeriale.

Il Regolamento prevedeva che nell'ambito di tali presidi, preferibilmente ospedalieri, fossero individuati i centri interregionali, con decreto del Ministero della Sanità, su proposta della Regione interessata, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Attualmente, dopo la variazione del Titolo V della Costituzione italia-

na, l'ambito sovraregionale in tutte le sue funzioni è svolto da un Gruppo tecnico interregionale permanente, definito nell'ambito di un accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano presso la Conferenza Stato-Regioni (Accordo dell'11 luglio 2002).

L'obiettivo principale di questo Gruppo interregionale, al quale partecipano il Ministero della Salute, l'Istituto superiore di sanità, oltre naturalmente ai rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, è rappresentato dall'ottimizzazione del funzionamento delle reti regionali e dalla salvaguardia del principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini. In particolare, individua gli strumenti e le procedure necessarie per: *a*) assicurare l'operatività in rete dei presidi individuati dalle Regioni per la diagnosi e il trattamento delle malattie rare, *b*) sviluppare e diffondere percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, *c*) garantire la sorveglianza epidemiologica e il monitoraggio delle attività assistenziali, *d*) collaborare con le istituzioni, agenzie, associazioni dei pazienti.

Il Registro nazionale delle malattie rare dell'Iss è quindi la struttura centrale della Rete nazionale delle malattie rare, e può così definire le reali dimensioni del problema su scala nazionale, contribuendo allo sviluppo di validi e omogenei approcci epidemiologici e diagnostico-terapeutici. Inoltre, il Registro nazionale è importante per la progettazione e organizzazione di studi interdisciplinari, che possono spaziare da indagini sui fattori di rischio a sperimentazioni cliniche su trattamenti, alla valutazione dei servizi sociosanitari. Infatti, un'aggregazione nazionale di esperienze, con il necessario confronto internazionale, consente di esprimere una massa critica di ricerca sufficiente a superare molti ostacoli che contrastano lo sviluppo di approcci diagnostici, terapie e modalità assistenziali indipendenti dagli interessi di mercato.

Allo scopo di contribuire alla realizzazione e allo sviluppo della rete nazionale è stato attivato a partire dal 2000 presso l'Istituto superiore di sanità il Centro nazionale malattie rare (Cnmr) (Taruscio e al., 2001).

Il Registro è la struttura portante intorno a cui si è sviluppata l'attività del Cnmr, che attraverso la ricerca scientifica, le collaborazioni con le strutture di ricerca e sanitarie, il costante dialogo con le Regioni, le Associazioni dei pazienti, l'organizzazione di corsi, workshop e congressi, l'elaborazione di linee guida per specifiche malattie rare, il sito internet (<http://www.cnmr.iss.it>), rappresenta un elemento indispen-

sabile per il coordinamento e la promozione delle attività di ricerca scientifica, intervento, formazione e informazione sulle malattie rare nel nostro paese (Taruscio e al., 2003).

Un esempio di collaborazione fra il Centro nazionale malattie rare e le strutture regionali è rappresentato dalla pubblicazione del Rapporto Istisan *Registro nazionale malattie rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia* (dicembre 2002). Questo documento, realizzato grazie ad una proficua collaborazione fra il Registro nazionale con diversi registri dei difetti congeniti attivi a livello regionale, si propone quale spunto per lo studio e la messa a punto di modelli e criteri per la sorveglianza sanitaria delle malattie rare, oltre a fornire dati epidemiologici raccolti dai Registri regionali delle malformazioni congenite (Bianchi e Taruscio, 2002).

Nel 2004, il Cnmr ha effettuato una indagine sull'accessibilità e qualità dei servizi socio-sanitari in Italia per i pazienti con malattie rare, con particolare riguardo alle differenze regionali (Agazio e al., in corso di pubblicazione).

Lo studio ha rilevato le valutazioni espresse dalle associazioni dei pazienti e loro famigliari riguardo esami e valutazioni diagnostiche, trattamenti sanitari, sostegno sociale e psicologico, integrazione tra i vari tipi di assistenza, scuola e formazione lavorativa.

Per questa indagine è stato utilizzato un questionario sviluppato appositamente con i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e famigliari. Sono state 108 le associazioni di malattie rare che hanno risposto al questionario loro inviato, pari al 26,5% delle associazioni registrate nella base di dati dell'Iss. I punteggi medi dati all'accessibilità ai servizi socio-sanitari sono stati sufficienti solo per alcune delle variabili indagate, con un gradiente verso i pareri più negativi da Nord a Sud. I motivi di insoddisfazione più frequenti hanno riguardato la disponibilità di informazioni sulla malattia, la qualità dei servizi scolastici, la formazione al lavoro e la disponibilità degli interventi di sostegno psicologico.

Alcuni risultati di questo studio sono riportati nella tabella 1.

L'indagine ha messo in luce un grado elevato di insoddisfazione nei confronti dell'accessibilità, della qualità e dell'integrazione dei servizi sociosanitari. In particolare, i motivi di insoddisfazione riguardanti l'accessibilità ai servizi si concentrano sulle terapie riabilitative e psicologiche, probabilmente in relazione con la natura cronico-invalidante di gran parte delle malattie rare. Per ciò che riguarda la qualità dell'assistenza, un punto critico è rappresentato dall'accessibilità e qualità «del-

l'educazione scolastica, formazione, lavoro» e ciò induce a ritenere che l'inserimento nel tessuto sociale sia tra i bisogni maggiormente percepiti. Infatti, un altro settore su cui la nostra indagine ha rilevato motivo di insoddisfazione è rappresentato dalla disponibilità di informazioni sia sanitarie che soprattutto su leggi e diritti. Il miglioramento degli interventi sanitari va ovviamente considerato per gli specifici gruppi di patologie, mentre è più facile trovare elementi comuni per gli interventi di sostegno sociale ed educativi.

Va infine segnalata l'importanza data dalle associazioni dei pazienti allo sviluppo e sostegno della ricerca scientifica, quale motore per migliorare le conoscenze dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, alla qualità della vita.

Tabella 1 - Medie, mediane e deviazioni standard dei giudizi sulla accessibilità dei vari tipi di assistenza su una scala da 1 a 10

Area geografica	Statistiche	Esami e valutazioni diagnostiche	Trattamenti sanitari	Sostegno sociale e psicologico	Integrazione fra i vari tipi di assistenza	Scuola e formazione lavorativa
Nord	Media	6,4	6,1	5,2	5,3	5,3
	Mediana	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0
	Dev. standard	2,5	2,2	2,4	2,3	2,4
Centro	Media	6,2	6,1	5,0	5,0	5,0
	Mediana	7,0	6,0	6,0	5,0	6,0
	Dev. standard	2,3	1,8	2,0	2,1	2,2
Sud	Media	4,8	4,9	4,1	4,0	4,5
	Mediana	5,0	5,0	4,5	4,0	5,0
	Dev. standard	2,5	2,1	2,2	2,3	2,1
Isole	Media	4,6	4,8	4,0	3,9	4,3
	Mediana	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0
	Dev. standard	2,6	2,4	2,3	2,2	2,0
Italia	Media	5,7	5,6	4,8	4,7	4,9
	Mediana	6,0	6,0	5,0	5,0	5,0
	Dev. standard	2,6	2,2	2,3	2,3	2,3

La dimensione nazionale può tuttavia rivelarsi insufficiente e per questo l'Iss ha lanciato il *Network of Public Health Institution on Rare Diseases* (Nephird), un progetto finanziato dalla Commissione europea per sviluppare un raccordo tra istituzioni di sanità pubblica che si occupano di malattie rare a livello europeo. Attualmente, il progetto si trova nella seconda fase di realizzazione e prevede tra l'altro la rilevazione sia di dati epidemiologici sia di bisogni di salute intesi come accesso e qualità dei servizi, ma anche, in senso più ampio, come indicatori di qualità della vita. Le malattie rare spezzano consolidati paradigmi sociali, scientifici e culturali, sui quali, si sono costruite le moderne politiche di *welfare* di stampo universalistico. A dispetto dell'attributo che le accomuna, le malattie rare costituiscono un problema rilevante non solo di salute individuale, per le persone che ne sono colpite, ma anche di sanità pubblica, per affrontare il quale occorre attivare un *feed-back* positivo che integri non solo la ricerca scientifica (di base, clinica, ecc.), l'epidemiologia classica e l'epidemiologia dei bisogni, ma anche altre competenze quali ad esempio la sociologia, l'etica e il diritto, al fine di ricomporre in un più armonico quadro il rapporto tra individuo e società.

Riferimenti bibliografici

- Agazio E., Salerno P., Mirabella F., Gnessi F., Mastroiacovo P., Morosini P., Tarsitani G., Taruscio D., Associazioni nazionali dei pazienti malattie rare, (in corso di pubblicazione), *Accessibilità e qualità dei servizi socio-sanitari in Italia per i pazienti con malattie rare: il parere delle Associazioni*, «Annali di Igiene».
- Bianchi B., Taruscio D., 2002, *Registro nazionale malattie rare. Epidemiologia di 44 malformazioni congenite rare in Italia*, Rapporti Istituzionali 02/36.
- Campos-Castello J., 2001, *Orphan drugs and orphan diseases*, «Revista de Neurología», 1-15, n. 33, pp. 216-20.
- Commissione europea, 1999, *Decision n. 1295/Ec of the European Parliament and of the Council of 29 April 1999, A Programme of Community Action on Rare Diseases Within the Framework of Action in the Field of Public Health (1999-2003)*, «Official Journal», L 155, 22/06/1999, p. 0001.
- Commissione europea, *Regulation (Ec) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of the 16 December 1999 on Orphan Medicinal Products*, «Official Journal», L 108, 22/01/2000, p. 0001-0005.
- Decreto ministeriale n. 279, maggio 2001, *Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie*, «Gazzetta Ufficiale» n. 160, del 12.07.2001, Supplemento ordinario, n. 180/L.

- Groft S.C., 1990, *Rare Diseases: Identifying Needs. Report of National Commission Orphan Disease*, «American Pharmacy», Ns 30, pp. 33-40.
- Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione, 2001, *Manuale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche*, versione italiana della Icd9-Cm, 1997, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Pabst J.Y., 2001, *Orphan Drugs: Some Legal, Ethical and Economics Aspects*, «Revue d'Épidemiologie et de Santé Publique», Ns 49, pp. 387-96.
- Taruscio D., Cerbo M., 1999, *Malattie rare: concetti generali, problemi specifici e interventi sanitari*, «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», n. 35 (2), pp. 237-44.
- Taruscio D., Allegritti A., D'Agnolo G., D'Ippolito C., Falbo V., Floridia G., Greco D., Grilli G., Mancino N., Salerno P., Seyoum Ido M., Salvatore M., Stazi M.A., Tosto F., 2001, *Centro Nazionale Malattie Rare*, «Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità», n. 14, 7/8.
- Taruscio D., Ido M.S., Daina E., Schieppati A., 2003, *Tackling the problem of rare diseases in public health: the Italian approach*, «Community Genetics», n. 6, pp. 123-4.
- The Orphan Drug Act*, Public Law 97-414, Washington Dc, January 4, 1983.

Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata?

Cristina Ugolini

Nel corso degli anni '90 il modello di concorrenza amministrata o dei quasi mercati è stato il riferimento prevalente per la riforma dei sistemi sanitari europei. La realizzazione concreta di questo modello organizzativo – che mira a riallineare gli incentivi tra finanziatori, produttori e utenti in modo da garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate, il contenimento dei costi e un'allocazione efficiente delle risorse – è avvenuta però attraverso numerose varianti della proposta iniziale e con riforme che si sono spesso susseguite

con discontinuità, ora enfatizzando, ora depotenziando gli obiettivi proconcorrenziali. In questa prospettiva, il lavoro propone un'analisi delle riforme sperimentate negli ultimi anni in Inghilterra e in Italia e si interroga sui motivi che hanno spinto questi paesi a ridimensionare progressivamente il ruolo della concorrenza, orientandosi verso schemi di programmazione negoziata ritenuti maggiormente compatibili con i principi solidaristici che animano i sistemi sanitari pubblici europei.

1. Introduzione

Nel corso degli anni '90 il modello di concorrenza amministrata o dei quasi mercati è stato il riferimento prevalente a livello internazionale per la riforma dei sistemi sanitari. Con questo termine si indica l'organizzazione di un settore produttivo sottoposta ad un intervento pubblico di regolamentazione che, agendo soprattutto sugli incentivi che influenzano il comportamento di produttori e consumatori, intende ovviare alle inefficienze del libero mercato (fallimenti del mercato) minimizzando quelle connesse all'intervento pubblico (fallimenti dello Stato) (Balassone, 1994). Per i sistemi sanitari pubblici nazionali, l'applicazione generale dei quasi mercati prevede il passaggio da modelli organizzativi verticalmente integrati, centralizzati nella regolazione della domanda e dell'offerta di prestazioni, a modelli di tipo contrattuale caratterizzati dalla separazione tra acquirenti ed erogatori, e che tipicamente introducono meccanismi di concorrenza tra i pro-

duttori e sistemi di pagamento di tipo prospettico. L'obiettivo è quello di incentivare l'azione di meccanismi competitivi rivolti a promuovere l'efficienza nella produzione dei servizi, mantenendo però i principi solidaristici sottostanti il finanziamento e l'accesso ai servizi propri di un sistema pubblico.

Nel secondo dopoguerra l'espansione delle spese connesse al funzionamento dello stato sociale è stata molto intensa in tutti i paesi europei, ma a partire dalla metà degli anni settanta, il rallentamento dei tassi di crescita, insieme ai cambiamenti demografici e sociali determinatisi nelle moderne società industriali hanno messo in difficoltà crescente le politiche per la protezione sociale. In particolare, la spesa sanitaria ha evidenziato una crescita rapida e i governi sono stati costretti ad adottare numerose misure correttive – soprattutto di razionamento dal lato dell'offerta mediante tetti finanziari e controllo dei prezzi dei fattori produttivi – prese per lo più in assenza di un generale ridisegno dei sistemi sanitari.

Alla fine degli anni '80, la proposta dell'economista Enthoven (1988) di riformare i sistemi sanitari europei alla luce dell'esperienza statunitense delle organizzazioni integrate Hmo (*Health maintenance organization*) incontra il favore dei governi conservatori Thatcher e Reagan. Le posizioni sono volte a ridimensionare pesantemente lo stato sociale, nella convinzione che i servizi pubblici siano in quanto tali largamente inefficienti, burocratici e che i programmi assistenziali siano un segno di debolezza per gli assistiti e per lo Stato. L'obiettivo diventa il ridimensionamento dell'intervento pubblico nell'economia, quindi le privatizzazioni e la concorrenza amministrata in sanità, servizi assistenziali e istruzione, con un ruolo cruciale assegnato agli utenti e una forte enfasi sulla valutazione dei risultati. Con la riforma del 1990 l'Inghilterra adotta una variante dei quasi mercati denominata modello dei mercati interni (*internal markets*) in cui la competizione tra i produttori pubblici o privati è attivata da particolari agenzie pubbliche che fungono da rappresentanti dei pazienti (*sponsor*) e che, dato un finanziamento predefinito, acquistano dai produttori tramite contratti i servizi sanitari per la popolazione assistita.

L'idea dei quasi mercati passa dall'Inghilterra al resto dell'Europa, con applicazioni variegata nei diversi sistemi sanitari europei, oscillando tra i due poli opposti della programmazione totale e del mercato puro e adottando forme ibride intermedie di organizzazione sanitaria con varie combinazioni tra meccanismi gerarchici di controllo e di concorrenza (Saltman e von Otter, 1995; Nicita, 2003). Ad esempio, la ri-

forma svedese, limitatamente ad alcune contee, applica una variante dei quasi mercati che ha preso il nome di competizione pubblica (*public competition*). In questo caso il mercato è costruito all'interno del sistema pubblico ed è attivato dalle scelte dei pazienti, lasciati liberi di selezionare il luogo di assistenza. I produttori pubblici sono finanziati in base a tariffe per caso trattato e sono quindi incentivati ad attrarre i pazienti per aumentare i ricavi della struttura (Ocse, 1994).

Il modello di concorrenza regolamentata applicata nei vari paesi europei dipende dal tipo di stato sociale esistente, dalle caratteristiche del sistema sanitario e dal ruolo in esso esercitato dagli ordini professionali. Nell'introdurre le riforme proconcorrenziali, i governi europei sono comunque consapevoli che l'intervento pubblico resta una condizione imprescindibile per l'efficienza e l'equità del sistema sanitario e anche la proposta di Enthoven sottolinea la necessità che i sistemi europei adottino una logica concorrenziale controllata da meccanismi pubblici di salvaguardia. Per evitare i fallimenti del mercato tipici di un meccanismo concorrenziale puro e i fallimenti dello Stato contenuti nei sistemi verticalmente integrati, lo Stato deve dotarsi di un forte potere di regolazione, necessario ad evitare che la concorrenza produca comportamenti opportunistici a danno della qualità dei servizi e dell'equità del sistema complessivo. Nella logica della concorrenza regolamentata i mercati vengono creati e modellati dall'intervento pubblico per orientare nel modo desiderato il comportamento dei cittadini e delle organizzazioni.

Anche la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale si convertono al nuovo paradigma e lo impongono ai paesi dell'ex Unione Sovietica come condizione per ricevere gli aiuti economici dall'Occidente. Per almeno una decina di anni, la concorrenza regolamentata sembra la risposta efficace per molti dei problemi riscontrati nei sistemi sanitari del vecchio continente e diventa il meccanismo pubblico più diffuso per mantenere sotto controllo la spesa sanitaria, non solo nei paesi occidentali industrializzati ma anche nelle nazioni più povere dell'Asia e dell'Africa.

2. Dai quasi mercati alle nuove riforme proconcorrenziali in Inghilterra

Prima delle riforme dei quasi mercati introdotte nel 1990, il servizio sanitario nazionale inglese (*Nhs*) era caratterizzato da una struttura

verticale fortemente gerarchica, con una particolare capacità dei meccanismi di comando e controllo di contenere la spesa sanitaria. La riforma ha interessato soprattutto l'attività dei medici generici convenzionati e degli ospedali pubblici, mentre non sono state modificate la ripartizione della produzione fra settore pubblico e privato e le fonti di finanziamento del sistema. In particolare, è stata operata una separazione tra funzioni di committenza e di produzione (Levit, Wall, Appleby, 1996). Dal lato della domanda, oltre alle *Health Authorities (Ha)*, è stata introdotta la possibilità per i medici di medicina generale di diventare *fundholder* e ricevere un budget annuale da utilizzare per acquistare una determinata gamma di prestazioni, ovvero per erogarle direttamente ai propri assistiti. Dal lato dell'offerta, lo scorporo degli ospedali dalle *Ha* ha dato vita ad una nuova categoria di ospedali pubblici autonomi (*Trusts*) che insieme agli ospedali privati concorrono per l'assegnazione dei fondi disponibili.

Anche l'Inghilterra, che in modo più incisivo degli altri paesi europei ha fatto propria la proposta iniziale di Enthoven, ha dovuto però ben presto fronteggiare il rischio di fallimento degli ospedali pubblici e già nel 1991 il governo conservatore è intervenuto per limitare severamente la concorrenza aperta (Dawson, 1995). L'impossibilità per il sistema di accettare il fallimento degli ospedali pubblici ha reso frequenti gli interventi centrali di ripiano delle situazioni finanziarie più precarie, rendendo poco stringenti i vincoli di budget sull'attività ospedaliera. Inoltre, a parte la retorica con cui il Libro Bianco del 1989 assicurava la libera scelta per i pazienti, le riforme da esso introdotte hanno finito soprattutto per limitarla. Sebbene la riforma avesse promesso che il denaro avrebbe seguito i pazienti, l'introduzione dei contratti ha rimosso la libertà di *referral* per tutti i *Gp* che non sono diventati *fundholders*. Il sistema dei quasi mercati non ha permesso ai pazienti di scegliere tra i vari produttori di servizi sanitari, ma soltanto tra *Gp fundholder* o non *fundholder*, supportando gli argomenti di coloro che ritenevano in questo modo compromessa l'equità orizzontale del sistema britannico. Per le autorità locali, insieme all'introduzione del principio della contrattazione tra acquirenti e fornitori, è sorta l'esigenza di gestire gli *extracontractual referrals (Ecr)*, cioè i trattamenti erogati o da erogare presso strutture con le quali non esistono contratti. Nel rifiutare o accordare il pagamento di un *Ecr*, ad esempio per un trattamento che poteva essere eseguito da un proprio fornitore ma con un maggiore tempo di attesa, le *Ha* dovevano risolvere il conflitto esistente tra equità, diritto di scelta e vincoli finanziari. All'interno

della concorrenza amministrata, gli *Ecr* erano considerati essenziali per mantenere un minimo esercizio di scelta da parte del paziente e del suo *Gp* – anche se a prezzo di enormi costi amministrativi – ma i motivi di budget imponevano di limitare il più possibile quanto meno gli *Ecr* differibili. Sono stati inoltre sollevati dubbi sull'effettiva capacità del nuovo sistema di perseguire fino in fondo le finalità attribuite al disegno di riforma, a causa del rischio che la concorrenza sulla qualità potesse far lievitare i costi e indurre ospedali e medici a concentrarsi sui servizi o sui pazienti più remunerativi e di un consistente aumento dei costi di transazione associati all'attività di contrattazione. Ben presto il governo conservatore ha ridotto progressivamente la possibilità per acquirenti e produttori di rispondere correttamente ai segnali del mercato, rendendo gli incentivi proconcorrenziali piuttosto deboli. In molte aree non esisteva contendibilità sufficiente e le frequenti situazioni di monopsonio rendevano impossibile per i committenti modificare i loro fornitori principali senza destabilizzarli radicalmente. Le conseguenze di questa situazione sono state efficacemente descritte da Le Grand (1999), per il quale non è possibile parlare di successo o di fallimento del quasi mercato inglese, semplicemente perché «non fu un quasi mercato ma semplicemente una rappresentazione di esso».

L'avvento del Governo Blair nel maggio 1997 segna l'avvio di un nuovo processo di riforma che modifica drasticamente i mercati interni, accusandoli di avere sprecato risorse nel processo di amministrare la concorrenza tra gli ospedali e di aver creato un meccanismo dispersivo, inefficiente e iniquo (Dobson, 1999). L'Inghilterra abbandona i mercati interni per introdurre un sistema denominato *integrated care*, che si propone come terza via rispetto alle due precedenti configurazioni del *Nhs*. Unico elemento di continuità la separazione tra funzioni di finanziamento e di produzione e il mantenimento di una minima contendibilità del mercato limitata alle aree urbane. Tutti i medici di base appartenenti ad un determinato bacino territoriale entrano a far parte di un *Primary Care Trust (Pct)*, gruppi indipendenti responsabili non solo dell'attività di committenza ma anche della fornitura diretta di servizi territoriali. La divisione tra medici di base introdotta dal *fundholding* viene quindi superata a favore di un sistema in cui è compito del *Pct* formulare budget individuali per ciascun medico appartenente al gruppo. In questo modo il governo intende estendere a tutti gli assistiti i vantaggi del *fundholding*, superandone gli aspetti negativi. Un ulteriore segnale di cambiamento rispetto alla riforma That-

cher è a livello terminologico: non si parla più di *contratti* annuali ma di *accordi* a carattere pluriennale. Per superare la frammentazione che caratterizzava la riforma precedente, la riforma impone a tutti gli agenti del sistema – committenti e produttori – di lavorare congiuntamente a livello locale, aderendo ad un piano sanitario triennale e partecipando annualmente ad un processo di concertazione sulle linee generali da adottare per la programmazione locale. Il sistema non permette ai pazienti di scegliere tra i vari produttori di servizi sanitari ma soltanto tra *Gp* che comunque all'interno di uno stesso distretto sono tenuti a seguire il programma distrettuale locale. Di fatto, mentre il Governo Thatcher si proponeva, seppur più in via più programmatica che effettiva, di assicurare la libera scelta ai propri assistiti, questo concetto è completamente estraneo alla riforma Blair, che riconosce la complessità e la costosità burocratica insita negli *Ecr* e si propone di abolirli, adottando un modello organizzativo di programmazione negoziata.

Dopo aver portato a compimento la riforma dei *Pcts* e dopo una serie di iniziative volte a potenziare il miglioramento della qualità – incluso l'istituzione del *National Institute for Clinical Excellence* – negli ultimi anni il Governo Blair ha proposto alcuni ulteriori aggiustamenti alla propria riforma che sembrano riprendere la direzione dei mercati interni introdotti dal Governo Thatcher (DoH, 2002). In *Delivering the Nhs Plan* (2002), il governo promette un forte aumento della spesa pubblica destinata alla sanità – per ridurre le liste di attesa e potenziare i servizi di medicina primaria – ma si introducono anche alcune modificazioni radicali. Ad esempio, si prevede che la contrattazione a blocco tra ospedali e *Pcts* venga sostituita da contratti a costo per caso, con l'utilizzo di tariffe regionali calcolate per gruppi isorisorse, potenziando in questo modo l'attività di committenza dei *Pcts*, incoraggiandoli a selezionare i produttori – anche privati – maggiormente competitivi in termini di qualità dei servizi erogati¹. Si impone ai *Pcts* di rendere noti ai pazienti i tempi di attesa per prestazione e gli standard qualitativi raggiunti dai produttori locali, in modo da favorire la libertà dei pazienti di selezionare fornitori diversi da quelli abituali qualora i loro tempi di attesa non siano soddisfacenti. Inoltre, viene potenziato il ricorso ai produttori privati per il raggiungimento delle finalità del *Nhs*, anche estendendo le attuali forme di collaborazione pubblico-privato

¹ Anche il nuovo contratto nazionale per i medici di medicina generale è stato modificato nella direzione di vincolare la loro remunerazione al rispetto di numerosi indicatori di risultato.

in ambito ospedaliero agli altri settori dell'assistenza, compresi i servizi sociosanitari e socioassistenziali (Lewis e Gillam, 2003). Alle accuse di avere recuperato l'eredità conservatrice, il governo risponde di avere maturato la consapevolezza che il ritorno ad uso eccessivo degli strumenti di comando e controllo per imporre concorrenza o collaborazione rischiano di penalizzare i risultati ottenibili in ciascun modello e di voler offrire al sistema incentivi competitivi basati non sul prezzo – come nel caso della riforma Thatcher – ma sulla qualità dei servizi erogati (Le Grand, 2002). In realtà, la concessione di nuovi spazi alla concorrenza regolamentata sembra piuttosto dettata dalla necessità di aumentare il coinvolgimento dei privati per risolvere gli attuali problemi di scarsità di risorse e di limitata capacità produttiva del sistema pubblico, cercando al tempo stesso di garantire i principi solidaristici che governano il sistema. Ne emerge un nuovo modello ibrido di concorrenza amministrata, comunque più vicino alla logica della programmazione negoziata che non al vecchio modello dei mercati interni, in cui il governo accetta di introdurre in alcune parti del sistema sanitario un certo grado di concorrenza, senza rinnegare per questo la logica generale di cooperazione che ispira l'intero sistema sanitario.

3. L'applicazione dei quasi mercati in Italia

Nel corso degli anni '80, il Servizio sanitario nazionale introdotto in sostituzione del modello mutualistico, evidenziava pesanti difficoltà legate soprattutto alla mancanza di programmazione centrale e all'incapacità di tenere sotto controllo la spesa sanitaria. In questo contesto, l'esperienza inglese dei quasi mercati ha influenzato pesantemente i processi riformatori avviati nel nostro paese nei primi anni '90. A differenza però della riforma Thatcher, i decreti legislativi 502/1992 e 517/93 non descrivono un modello organizzativo unico da applicare su scala nazionale, ma delineano un quadro generale che permette alle Regioni di individuare il sistema più adatto al proprio territorio. Ne deriva complessivamente un modello ibrido che in parte si ispira ai mercati interni inglesi – nella separazione tra acquirenti e fornitori e nell'utilizzo dei contratti – ma anche alla riforma svedese della competizione pubblica, attribuendo ai pazienti la libertà di scelta e introducendo sistemi di pagamento prospettico a Drg.

Il non avere optato per un preciso schema di concorrenza regolamentata fa però emergere alcune ambiguità. In primo luogo, a diffe-

renza dei mercati interni inglesi, la riforma limita lo scorporo degli ospedali ad alcuni casi ben precisi e mantiene quindi in capo alla Asl il ruolo di acquirente e quello di produttore, evitando di introdurre quel contrasto di interessi tra chi acquista e chi produce, che è presupposto per l'introduzione di incentivi proconcorrenziali. Anche in materia di tariffe i riferimenti normativi che si succedono dopo i decreti di riordino offrono alle Regioni diverse posizioni (Mapelli, 1997). La scelta di tariffari uniformi a livello regionale, come ipotizzati nel Psn 1994-96, prefigura un modello di concorrenza del tipo *yardstick competition*, simile a quello del programma statunitense di *Medicare*. La negoziabilità delle tariffe introdotta dal d.m. 15/4/94, consente alle Regioni di caratterizzarsi in modo simile ai quasi mercati inglesi. Infine, l'eventualità che si possa adottare stabilmente il sistema di contrattazione preventiva – introdotto dalla Legge finanziaria 1995 in via transitoria – rende possibile il mantenimento di un sistema di programmazione pura. Al di là delle ambiguità interpretative, i decreti legislativi 502/92 e 517/93 offrono alle Regioni un quadro fortemente federalista che permette loro di disegnare con larga autonomia modelli di concorrenza amministrata piuttosto diversi. A questo proposito, France (1998) individua almeno tre possibili modelli organizzativi compatibili con il quadro normativo dei primi anni '90.

Il modello della *Usl terzo pagatore* si ispira allo schema di competizione pubblica, dal momento che la concorrenza si realizza consentendo al paziente l'esercizio della piena libertà di scelta. Gli erogatori pubblici e privati accreditati competono tra loro per accrescere le quote di mercato e sono remunerati a tariffa dalla Usl che esercita il ruolo di terzo pagatore. L'andamento della spesa sanitaria diventa il prodotto delle scelte della domanda e il controllo della spesa ospedaliera avviene attraverso l'imposizione di un tetto regionale o provinciale sul volume delle prestazioni erogate dai produttori. Tra gli svantaggi di questo schema vengono sottolineate le limitate possibilità di programmare l'offerta complessiva e una possibile crescita del settore privato, più flessibile e quindi relativamente facilitato rispetto alle strutture pubbliche, almeno nella fase iniziale. Come è noto, la Lombardia – con legge regionale di riordino del Ssr n. 31 dell'11/7/1997 – ha sostanzialmente adottato questo modello, pervenendo ad una piena separazione delle funzioni di finanziamento, da quelle di acquisto attraverso lo scorporo di tutti i presidi ospedalieri dalle Asl, accreditando in modo oggettivo tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private presenti sul territorio regionale e sancendo la piena libertà di scelta dei pazienti.

Nel modello della *Usl sponsor* aumenta il grado di regolamentazione della concorrenza, poiché la Usl, agendo per conto dei propri assistiti, seleziona sul mercato le strutture ospedaliere pubbliche e private che offrono la migliore combinazione prezzo-qualità e con queste conclude contratti sulla base di tariffe negoziate. La libertà di scelta dei pazienti è limitata ai fornitori preventivamente selezionati attraverso contratti, nella logica inglese dei mercati interni. Molte delle Regioni del Nord, come Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, si sono orientate verso questo tipo di schema organizzativo, mantenendo a livello regionale un forte grado di programmazione e di governo del sistema. Infine, il modello della *Usl programmatore* è quello che si presenta ai limiti della concorrenza regolamentata e i rischi connessi alla sua implementazione sono quelli legati al persistere dello *status quo* precedente la riforma. In questa prospettiva, le Usl ricorrono prioritariamente ai propri presidi, limitando il ruolo dei privati alla sola integrazione dell'offerta pubblica e, nell'ambito dei contratti stipulati con tutti gli erogatori, negozia i volumi massimi di prestazioni e di finanziamento.

Prima che la fase di transizione prevista dalla riforma dei primi anni '90 fosse completata, il legislatore aveva già segnalato più volte un orientamento negativo nei confronti dei meccanismi ibridi con elementi di programmazione e competizione in proporzioni variabili che si stavano realizzando nelle diverse Regioni. Già nel biennio 1994/95 le leggi finanziarie avevano imposto al Ssn una svolta verso un sistema di programmazione di bilancio, successivamente accolto e perfezionato dal d.lgs. 229/1999 che sostituisce definitivamente alla concorrenza regolamentata inizialmente prevista dal 502/92 un nuovo assetto organizzativo basato sul concetto della programmazione negoziata (Mapelli, 1999). Il decreto 229/99, in un'ottica meno federalista rispetto alla riforma precedente, propone a tutte le Regioni un modello organizzativo che ha forti analogie con quello della «Usl sponsor», ma in cui si scoraggia ogni forma di concorrenza, si penalizzano le strutture che superano i volumi di prestazioni concordate e si sancisce la contrattazione in un contesto prevalente di monopolio bilaterale. «Nel panorama internazionale il modello italiano è un po' *sui generis* e appare come una contaminazione tra il modello della concorrenza negoziale e della pianificazione centralizzata. In comune con il primo ha la contrattazione sui volumi di prestazioni e di spesa – ma non del prezzo, né della scelta dei fornitori – e con il secondo il ricorso agli strumenti di comando e controllo, in assenza di una pluralità di acquirenti» (Mapelli, 2000).

Nel corso degli anni successivi, il processo di regionalizzazione avviato nei primi anni '90 ha trovato completamente nell'attribuzione di una piena autonomia normativa e finanziaria alle Regioni. La riforma costituzionale del 2001, insieme ai decreti di introduzione del federalismo fiscale, hanno definitivamente offerto alle Regioni italiane la possibilità di scegliere per la sanità un autonomo modello organizzativo. «La velocità del processo di differenziazione regionale dipenderà, molto probabilmente, dal grado di assunzione della responsabilizzazione economico-finanziaria da parte delle Regioni [...] In caso contrario, lo Stato centrale continuerà ad esercitare importanti funzioni di governo. Nel primo caso, il processo di differenziazione dei diversi assetti regionali tenderà ad accelerare e aumentare, nel secondo caso, a causa di una maggiore uniformità, necessitata e generata da un controllo centrale, la velocità del processo di differenziazione tenderà fisiologicamente a diminuire» (Fattore e Longo, 2002).

Attualmente, anche a causa dei consistenti problemi di sottofinanziamento del sistema sanitario italiano e del blocco della fiscalità regionale, le Regioni italiane sembrano aver adottato in prevalenza modelli organizzativi più affini alla programmazione negoziata che non alla logica dei mercati interni (Fiorentini, 2004). Esistono numerose diversità, ad esempio nel numero e nella dimensione media delle aziende sanitarie e ospedaliere e dei presidi ospedalieri a gestione diretta, nei criteri adottati per l'allocazione territoriale delle risorse, nelle procedure di accreditamento o nell'introduzione autonoma di nuovi soggetti istituzionali. Si assiste ad un'intensificazione dell'azione programmatica regionale, con una progressiva diminuzione delle spinte competitive anche in Regioni – come la Lombardia – che invece avevano accettato radicalmente la proposta dei quasi mercati. Il piano sociosanitario lombardo per il 2002-04 si propone di completare il processo di separazione fra acquirenti e produttori ma anche di dare «pieno contenuto» ai contratti tra Asl e soggetti erogatori, inizialmente sperimentati a partire dal 2000 nel territorio della Asl di Brescia. Introducendo i contratti tra Asl e produttori in modo sistematico su tutto il territorio regionale, il modello lombardo si allontana progressivamente dallo schema terzo pagatore, per assumere connotazioni tipiche del sistema a sponsor, in cui la libertà di scelta del paziente viene necessariamente contenuta dalle esigenze di compatibilità economico-finanziarie del committente. In generale, quindi, prevale in Italia un diffuso ritorno a sistemi di programmazione gerarchica, resi talvolta più partecipativi attraverso meccanismi di ascolto o di debole con-

certazione con le aziende ma caratterizzati da un forte controllo regionale sull'equilibrio economico-finanziario complessivo.

4. *Verso un ripensamento del modello di concorrenza amministrata?*

Le riforme proconcorrenziali hanno dominato l'Europa nel corso della prima metà degli anni '90 ma nei fatti le implementazioni del meccanismo dei quasi mercati sono state piuttosto limitate. La quasi totalità dei paesi europei che ne hanno sperimentato l'applicazione hanno dopo pochi anni corretto il proprio modello organizzativo nella direzione di ridimensionare il ruolo della concorrenza, orientandosi verso schemi di programmazione negoziale ritenuti maggiormente compatibili con i principi solidaristici che animano i sistemi sanitari europei.

Le cause di questo parziale insuccesso sono di due tipi.

In primo luogo, analogamente ai fallimenti del mercato e dello Stato che i quasi mercati si proponevano di risolvere, è apparsa presto chiara l'esistenza di alcuni limiti nei fondamenti teorici di questo modello, in particolare le notevoli difficoltà di una sua implementazione in presenza di beni complessi come i servizi alla persona. La teoria dei costi di transazione e dei diritti di proprietà ha da tempo dimostrato come, per transizioni di elevata incertezza, specificità degli investimenti e razionalità limitata, l'integrazione verticale possa ridurre i costi organizzativi totali e permettere il conseguimento di livelli di benessere superiori a quelli ottenibili attraverso il mercato (Grossman e Hart, 1986; Hart e Moore, 1990).

I servizi sanitari, oltre a soffrire di rilevanti asimmetrie informative sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta², possiedono tutte le caratteristiche che in letteratura giustificano l'adozione di forme organizzative di tipo gerarchico (Belli, 1997). In particolare, l'elevato tasso di complementarità esistente tra beni e servizi sanitari, la difficile misurabilità delle prestazioni e i forti rischi di *hold up* in un contesto di

² Le asimmetrie informative e la limitata sovranità del consumatore che in sanità sono le cause principali di fallimento del mercato indeboliscono anche i modelli di *public competition*. L'ipotesi che i pazienti possiedano informazioni sufficienti per scegliere il proprio fornitore viene largamente messa in discussione in presenza di beni complessi come quelli sanitari, giustificando maggiormente l'adozione di mercati interni che attribuiscono allo sponsor il potere di scelta.

elevati investimenti specifici spingono nella direzione di rendere convenienti elevati gradi di integrazione verticale e di cooperazione³.

In presenza della separazione tra committenti e produttori, i rapporti che si instaurano tra di essi sono prevalentemente relazioni di lungo periodo che tendono spesso a ripristinare quell'integrazione verticale che le riforme dei quasi mercati si propongono di recidere (Fiorentini e Ugolini, 2000). Infatti, la sottoscrizione di contratti di lungo periodo rappresenta in questo contesto la soluzione contrattuale più efficiente che consente alle parti di costruire relazioni stabili basate su rapporti di tipo fiduciario, ma comporta uno spostamento dalla concorrenza nel mercato alla concorrenza per il mercato, in cui i fornitori competono per aggiudicarsi una gara che consente una fornitura pluriennale di tipo monopolistico. In questo modo, la formazione dei contratti di lungo periodo annulla i benefici della concorrenza di mercato, riducendo le possibilità di uscita e di sostituzione immediata della parte che si rivelasse opportunistica e inadempiente.

Laddove invece si imponga il mantenimento di un elevato grado di concorrenza, il sistema tende spontaneamente a dirigersi verso monopoli di tipo bilaterale «sotto la spinta di politiche volte a minimizzare i costi di transazione associati al costo opportunità di mutare controparte contrattuale» (Nicita, 2003) o verso comportamenti opportunistici che mirano a contenere la concorrenza tramite pratiche collusive o ad adottare sistemi di selezione e scrematura della casistica trattata. Con l'introduzione della concorrenza regolamentata e per assicurare la contendibilità dei mercati, lo Stato è costretto ad aumentare in modo esponenziale il suo ruolo di regolamentazione e governo del sistema, con una conseguente decisiva crescita dei costi di transazione⁴.

³ Questo paradosso non è assente dal pensiero di Enthoven, nella cui logica è l'integrazione verticale all'interno delle *Hmo* a garantire il raggiungimento di una maggiore efficienza, mentre la concorrenza sul mercato deve avvenire tra una molteplicità di *Hmo*. La difficoltà di applicazione della proposta di Enthoven è nel sostenere i vantaggi di una separazione delle funzioni di acquisto e di produzione, ma al tempo stesso di ritenere come vincente proprio il modello verticalmente integrato da cui i sistemi sanitari europei si allontanano con le riforme dei quasi mercati.

⁴ «Dove il modello dei quasi mercati ha previsto una significativa partecipazione dei soggetti privati accreditati, il meccanismo concorrenziale ha effettivamente ridimensionato la presenza pubblica nella sfera dell'erogazione dei servizi, ma ha certamente condotto ad un ampliamento del ruolo dello Stato come controllore, sia nella fase di selezione dei soggetti ammessi ad erogare prestazioni

Per questi motivi, i costi di transazione che si generano in un contesto di concorrenza regolamentata sono in grado di produrre distorsioni superiori a quelle imputabili ai modelli di comando e controllo tipici dei sistemi di programmazione pura.

In secondo luogo, al di là dei possibili rischi connessi alla sua implementazione, i sistemi sanitari europei non si sono dimostrati affatto disposti a sopportare molti dei rischi connessi ad una integrale applicazione della concorrenza amministrata. Nonostante Enthoven convenisse sulla necessità che i sistemi europei la adottassero con una serie di clausole di salvaguardia, in Europa ci si è presto resi conto di avere sottovalutato le possibilità che un sistema quale quello dei quasi mercati lascia aperte per l'adozione di politiche di selezione dei pazienti ritenute eticamente inaccettabili nei sistemi solidaristici europei. Inoltre, il sistema sanitario statunitense ammette il fallimento degli ospedali e delle assicurazioni, la possibilità che si perdano risorse per temporanee inefficienze ed errati investimenti e che si possa produrre temporaneamente iniquità e cattiva qualità. La resistenza europea nell'adottare il modello di concorrenza amministrata viene giustificata dal fatto che nessun paese è disposto ad accettare che le conseguenze di una vera e propria concorrenza, anche se regolamentata, si materializzino. Lo stesso Governo Thatcher è stato costretto ad intervenire già nel 1991 per evitare un risultato indesiderato della concorrenza: il fallimento degli ospedali pubblici. Secondo Light (2001), la disponibilità ad accettare la regola dei vincitori e dei vinti sul mercato sanitario è la cartina di tornasole per capire la disponibilità concreta dei governi verso l'ipotesi di concorrenza in sanità. Secondo le parole di Le Grand (1999) «il mercato richiede libertà di azione», mentre la salute costituisce per i sistemi sanitari europei un tema così «tecnicamente e simbolicamente complicato» da non rendere accettabile che la libertà di azione derivante dalla concorrenza produca effetti indesiderati rispetto alla nozione di equità.

5. Conclusioni

Il modello dei quasi mercati si propone di riallineare gli incentivi tra finanziatori, produttori e utenti in modo tale da garantire l'appropri-

per conto del servizio sanitario nazionale, sia nella fase di verifica degli impegni contrattuali» (Inpdap, 2002).

tezza delle prestazioni erogate, il contenimento dei costi e un'allocazione efficiente delle risorse.

La realizzazione concreta di questo modello organizzativo è avvenuta in Europa in modo piuttosto incompleto, con una elevata varietà di modelli, con riforme che si sono spesso susseguite in modo discontinuo, ora enfatizzando, ora depotenziando gli obiettivi proconcorrenziali⁵. L'idea di introdurre concorrenza in sanità non è ancora stata completamente abbandonata e i sistemi sanitari europei continuano a seguire una logica che sembra richiamare quella delle oscillazioni del pendolo, in cui i modelli organizzativi sono modificati nel tempo, si introducono elementi nuovi o si riprendono schemi che si erano già abbandonati. In questa prospettiva, si osserva il possibile ritorno alla logica dei quasi mercati che contrassegna le ultime riforme del *Nhs* inglese, non nella direzione dei mercati interni introdotti nei primi anni '90, quanto piuttosto verso un sistema di programmazione negoziata in cui viene potenziata l'ospedalità privata e introdotti alcuni elementi concorrenziali, con esiti non facilmente prevedibili sulle possibilità che questi aspetti coesistano. Analogamente, le Regioni italiane sembrano orientarsi verso modelli organizzativi che oscillano tra la programmazione negoziata e i mercati interni, in cui però gli spazi lasciati alla concorrenza sono fortemente regolamentati dalla Regione e tendono a ridursi ulteriormente laddove si potenziano le relazioni di lungo periodo.

Il contributo inatteso dei quasi mercati non è stato tanto nell'introduzione duratura di meccanismi concorrenziali, quando piuttosto nell'aver profondamente modificato il «linguaggio, i valori e l'ambiente istituzionale in cui i servizi vengono prodotti» (Light, 2001). In particolare, ne è stato influenzato positivamente il comportamento del decisore pubblico nel passaggio da una logica di amministratore di servizi a quella di committente e acquirente di «benefici» sanitari per la popolazione di riferimento. La concorrenza regolamentata è diventata ben presto retorica politica, ma ha avuto l'innegabile vantaggio di mettere al centro del dibattito politico e professionale questioni cruciali come l'utilizzo efficiente delle risorse disponibili, la determinazione dei costi effettivi di erogazione delle prestazioni e la valutazione dei loro esiti sulla salute, l'appropriatezza e il governo clinico. L'on-

⁵ La letteratura empirica che si è proposta una valutazione degli effetti prodotti da queste riforme è ancora estremamente limitata: per un esempio si veda Propper e al. (2004).

data delle riforme sui quasi mercati ha contribuito a spostare l'attenzione dall'amministrazione dei servizi sanitari all'acquisto di esiti sanitari, dal trattamento focalizzato sui malati e sull'assistenza per acuti alla massimizzazione del benessere e della salute dei cittadini, dalla fiducia assoluta nella pratica medica alla predisposizione di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici nel rispetto di standard professionali concordati – e non imposti – in ambito medico.

I sistemi sanitari che hanno sperimentato le riforme dei quasi mercati nella primi metà degli anni '90 ne sono comunque usciti profondamente modificati. Abbandonando i meccanismi totalmente gerarchici basati sul comando e controllo, ma anche l'enfasi estrema sulla concorrenza in sanità, hanno privilegiato modelli organizzativi in cui viene mantenuto un forte controllo di programmazione dall'alto ma in cui si cerca di mescolare più o meno sapientemente elementi di cooperazione con elementi di competizione. Se una lezione è stata imparata dalla stagione della concorrenza in sanità è senza dubbio quella della necessità di un attento ripensamento della struttura degli incentivi che tenga conto del ruolo e delle motivazioni che spingono i diversi attori a muoversi e a relazionarsi tra loro. E questo vale sia che si privilegi un modello di programmazione negoziata o di concorrenza, comunque molto più «regolamentata» o «amministrata» di quanto non fosse inizialmente previsto nella proposta di Enthoven per la riforma della sanità europea.

Riferimenti bibliografici

- Balassone F., 1994, *Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei quasi-mercati*, «Economia Pubblica», n. 6.
- Belli P., 1997, *La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*, in Petretto A. (a cura di), *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna.
- Dawson D., 1995, *Regulating Competition in the Nhs*, Che, York, Discussion Paper 131.
- Department of Health, 2002, *Delivering the Nhs Plan: Next Steps on Investment, Next Steps on Reform*, Cm 5503, Stationery Office, Londra.
- Dobson F., 1999, *Modernizing Britain's National Health Service*, «Health Affairs», 18 (3), pp. 40-41.
- Enthoven A., 1988, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Fattore G., Longo F., 2002, *Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani sanitari rappresentativi*, in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), 2002, *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia - Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.

- Fiorentini G., 2004, *Interventi micro e riforme macro nel servizio sanitario nazionale*, in Fiorentini G. (a cura di), 2004, *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Fiorentini G., Ugolini C., 2000, *Accordi contrattuali tra produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria*, «Politica Economica», n. 2, pp. 169-94.
- France G., 1998, *Healthcare quasi Markets in a Decentralised System of Government*, in Bartlett W., Roberts L.A., Le Grand J. (a cura di), 1998, *Quasi-market Reforms in the 1980s: a Revolution in Social Policy*, The Policy Press, Bristol.
- Grossman S., Hart O., 1986, *The Costs and Benefits of Ownership: a Theory of Lateral and Vertical Integration*, «Journal of Political Economy», n. 94, pp. 691-719.
- Hart O., Moore J., 1990, *Property Rights and the Nature of the Firm*, «Journal of Political Economy», n. 98, pp. 1120-57.
- Inpdap, 2002, *Rapporto annuale sullo stato sociale*, Roma.
- Le Grand J., 1999, *Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service*, «Health Affairs», n. 18, 3, pp. 27-40.
- Le Grand J., 2002, *Further Tales from the British National Health Service*, «Health Affairs», n. 21, 3, pp. 116-129.
- Lewis R., Gillam S., 2003, *Back to the Market: yet more Reform of the National Health Service*, «International Journal of Health Services», n. 33, 1, pp. 77-84.
- Levit B., Wall C., Appleby D., 1996, *The Reorganized Nhs*, Chapman & Hall, London.
- Light D.W., 2001, *Comparative Institutional Response to Economic Policy Managed Competition and Governmentality*, «Social Science & Medicine», n. 52, pp. 1151-66.
- Mapelli V., 1997, *Sviluppi e sostenibilità della riforma sanitaria*, in Bernardi L., 1997, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 1997*, Il Mulino, Bologna.
- Mapelli V., 1999, *Sanità: la rivincita del piano sul mercato*, in Bernardi L. (a cura di), 1999, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 1999*, Il Mulino, Bologna.
- Mapelli V., 2000, *Tre riforme sanitarie e ventuno modelli regionali*, in Bernardi L. (a cura di), 2000, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna.
- Nicita A., 2003, *Concorrenza e sanità: il pendolo delle riforme in Europa*, Simple 13, Università di Siena.
- Oecd, 1994, *La riforma des systèmes de santé, étude de dix-sept pays de l'Ocde, Etudes de politique de santé*, 5, Parigi.
- Propper C., Burgess S., Green K., 2004, *Does Competition between Hospitals Improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the Nhs Internal Market*, «Journal of Public Economics», n. 88 (7-8), pp. 1247-72.
- Saltman R.B. e von Otter C., 1995, *Implementing Health Care Reform*, Open University Press.

Il costo sanitario dell'invecchiamento: verità, miti, sensi comuni

Marta Valerio, Antonella Di Matteo, Gianni Tognoni

Il peso della quota di bilancio sanitario assorbita dall'assistenza per la popolazione anziana costituisce un «luogo comune» nelle preoccupazioni degli amministratori e dei politici, ed è sottolineato con insistenza nei mass-media. Questa attenzione è tuttavia profondamente ambivalente: l'accento non è posto infatti sulla «fisiologia» di una crescita di investimenti per una parte della società che è «ovviamente»

portatrice di più bisogni, e titolare dei corrispondenti diritti; la complessità oggettiva del problema è presentata in modo da far apparire sempre più difficili, e non dovute, le soluzioni, con il rischio crescente di una marginalizzazione culturale, politica, conoscitiva. Attraverso l'analisi della gestione di quattro scenari modello, si indicano soluzioni operative praticabili in modo partecipativo sia a livello locale che generale.

1. Introduzione

Il labirinto è forse una delle «figure» che più intuitivamente e complessivamente evoca e rimanda ad un immaginario che rende il mito una realtà presente; qualcosa in cui ci si perde, e fa paura, ma che affascina-attrae perché promette spaesamenti, scoperte, significati. I fili d'Arianna del mondo per noi mitico per eccellenza, quello greco, suggeriscono che, in fondo, basta l'intelligenza della semplicità per assicurare il ritrovarsi: il labirinto-paura diventa gioco e racconto che incanta i bambini quando entrano da partecipi mai stanchi di riprovare, nelle favole più o meno aggiornate e tecnologiche della dolcezza o dell'orrore, tanti Pollicini che sanno come ritrovarsi, o gestire i puzzles più affascinanti perché più intricati. Il labirinto della figura 1 è stato costruito puntigliosamente a partire dagli incroci, i percorsi, i dis-incontri reali, che sono riconoscibili nei loro dettagli e nelle loro dis-articolazioni, da non importa quale operatore sanitario, e ancor di più da qualsiasi cittadino che si trova ad essere attore-accompagnatore in quella rappresentazione – mitica e concretissima – che è divenuta l'età anziana nella sanità e nella società che viviamo¹.

¹ Un libro non facilmente reperibile, ma assolutamente prezioso per rendere visibile il ruolo del protagonista del labirinto nelle diverse culture è *Labirinto - Cammino di cammini*, a cura di Castello Pier Antonio, 2001.

2. Percorso-proposta

Da anni abbiamo cercato di prendere sul serio la rete-labirinto-mito della vecchiaia, provando a srotolare fili d'Arianna e cercando di raccontare via via i pezzi di realtà che si esploravano. Ne sono venuti tanti e diversi scenari: ognuno molto parziale. L'unico elemento in comune era l'attenzione a garantire nel racconto, più che il cammino fatto, la centralità-visibilità delle persone che si erano incontrate strada facendo. Gli scenari che qui si propongono senza pretese di completezza, corrispondono ad alcuni dei capitoli che più frequentemente diventano oggetto di racconti mitici e terrorizzanti: che parlano di anziani-orchi che producono costi incontrollabili, che invocano soluzioni incerte tra l'essere drastiche o miracolose, avendo per lo più come caratteristica di fondo il parlare in termini generali: come quando nella macro-società, di fronte alla complessità-disordine della politica e dell'economia si pensa che la «conquista dei territori» sia la risposta: dichiarando preventivamente distraenti e secondarie le vite, le diversità, le storie delle diverse popolazioni che di quei territori sono cittadini.

Scenario 1- Anziani e farmaci

È forse il mito più frequentemente citato e usato; i dati che lo descrivono sono più accessibili, e le implicazioni sono vissute da ognuno direttamente nella quotidianità delle proprie case, degli ospedali, delle case di riposo. La tabella 1 (che riflette i dati di uno degli osservatori più rappresentativi, controllati, affidabili, esteso a 21 Asl di Veneto, Toscana, Liguria, Abruzzo, e che include 1.1 milioni di persone ≥ 65 anni) può essere presa, insieme alla tabella 2, come guida didattica a qualificare questo percorso modello (N.B.: come si usa oggi nei corsi Ecm, tutti i lettori-partecipanti sono invitati a fare «gruppo di lavoro», provando a dipanare questo filo, e le sue implicazioni, nella rete di figura 1). Che cosa dicono i dati:

- ♦ quantificano che il 21,5% della popolazione assorbe il 51,9% della spesa, con un «peso» individuale rispetto alla popolazione adulta di 2,5 volte;
- ♦ l'intensità dei trattamenti nella popolazione sopra i 65 anni è 3 volte quella degli adulti;
- ♦ ogni «anziano» riceve in media 18 ricette/37 «scatole» di farmaci all'anno;
- ♦ solo il 4,9% non è trattato;

Tabella 1 - Indicatori di consumo per fasce d'età

Gruppo	% pop.	% spesa	% trattati	% pezzi	% ricette	Spesa media trattato	% trattati/esposti	Numero medio pezzi per trattato	Numero medio ricette per trattato
Anziani (≥65 anni)	21,5	51,9	27,5	55,0	53,2	493,90	95,1	37,2	18,0
Adulti (15-64 anni)	66,3	44,7	61,3	42,1	43,0	191,04	68,8	12,8	6,5
Bambini (0-14 anni)	12,2	3,4	11,2	2,9	3,8	79,86	68,2	4,9	3,2
Totale	100	100	100	100	100	261,84	74,4	18,6	9,3

Fonte: Cineca, 2001.

Tabella 2 - Percentuale di pazienti trattati che assumono 1 o più farmaci relativi ad uno o più gruppi anatomici principali per fasce di età

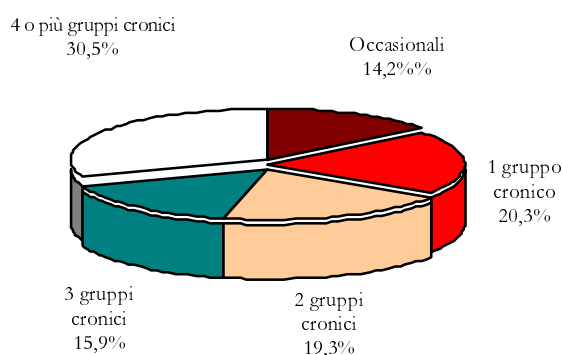
N. associazioni	% trattati su assistibili					Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85	
Nessuno	6,3	3,5	1,5	9,2	6,1	4,9
1 solo gruppo	16,8	13,8	12,2	10,6	12,8	13,7
2 gruppi	19,9	18,2	17,0	14,7	15,3	17,5
3 gruppi	19,3	19,6	19,5	17,5	17,7	19,0
4 gruppi	16,0	17,4	18,5	16,8	17,0	17,1
5 gruppi	10,8	12,9	14,3	13,7	13,5	12,8
6 gruppi	6,2	8,0	9,2	9,2	9,2	8,1
7 o più	4,7	6,5	7,9	8,3	8,3	6,8
Totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: Cineca, 2001.

- ♦ la «complessità» dei trattamenti si traduce nel fatto che circa il 15% degli anziani riceve farmaci per 6-7 problemi diversi, e un altro 30% per almeno 4-5 condizioni cliniche;
- ♦ la situazione diventa crescentemente complessa con l'aumentare dell'età: di fatto, la complessità si accentua in modo importante (per poi stabilizzarsi) tra i 75 e gli 85 anni;

- ♦ si può anche constatare (dalla figura 2, che integra la tabella 2) che a questi anziani le prescrizioni non vengono fatte «occasionalmente» per gestire con consumi facili la difficoltà del rapporto medico-paziente: più del 45% della popolazione è trattata cronicamente (cioè ha la sua vita occupata) con ≥ 3 gruppi di farmaci.

Figura 2 - Percentuali di casi trattati che assumono 1 o più gruppi terapeutici in modo cronico vs trattati occasionali



Fonte: Cineca, 2001.

I dati sono certi. La domanda da porsi è se sono una «scoperta preoccupante», parte di un processo di costruzione del mito, o se sono assolutamente attesi, facilmente descrivibili e qualificabili, tanto da permettere, per esempio:

- ♦ ad ognuna delle Asl che partecipano a quell'osservatorio di sapere perfettamente chi sono e dove sono i pazienti più complessi;
- ♦ alle varie Asl, più o meno contigue per geografia e comparabili per contesti assistenziali, di confrontarsi e ragionare sulle diverse culture prescrittive (e i mercati) che le caratterizzano;
- ♦ ai medici/operatori (Mmg, specialisti, infermieri) di adottare uno o l'altro dei problemi più complessi e più reali per valutare i bisogni e le possibilità di razionalizzazione e ottimizzazione.

Il mito-labirinto della spesa farmaceutica è una realtà dove è possibile identificare perfettamente, e distinguere, bisogni *vs* abusi, diritti *vs*

consumismi, appropriatezza *vs* approssimazione: è necessario, semplicemente, rendere visibili le tante diversità delle sotto-popolazioni. L'epidemiologia è più importante di qualsiasi ragioneria per leggere, comprendere, gestire, modificare i capitoli di spesa.

Scenario 2 - Anziani e ospedalizzazioni

Il contesto questa volta è una Asl, abbastanza tipica, descritta in termini di popolazione assistibile nella tabella 3.

Tabella 3 - Descrizione della popolazione di riferimento (assistibili) di una Asl campione

Età	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
<65	66.216	65.759	131.975
	77,97%	70,38%	74,00%
65-69	5.623	6.346	11.969
	6,62%	6,79%	6,71%
70-74	4.874	6.349	11.223
	5,74%	6,80%	6,29%
75-79	3.963	5.842	9.805
	4,67%	6,25%	5,50%
80-84	2.518	4.692	7.210
	2,97%	5,02%	4,04%
≥85	1.728	4.441	6.169
	2,03%	4,75%	3,46%
Totale	84.922	93.429	178.351
	47,62%	52,38%	100,00%

I dati utili per questo scenario sono forniti nelle figure 3 e 4, che collegano la frequenza nel tempo delle ospedalizzazioni con il loro peso economico. Sembrano chiare poche cose:

- ♦ l'aumento di ricoveri è un dato di fatto in questa Asl: occorre, ed è possibile, qualificarlo per quanto riguarda lunghezza e tipologia di degenza, andamento dell'uso di altre strutture, ecc.;

- ♦ è un fenomeno «regolare» negli anni, quasi a suggerire che è la risposta fisiologica ad un invecchiamento, di cui si è sopra ricordata l'ambivalenza di indicatore di «successo», e di misura di crescente complessità;
- ♦ rispetto ad una crescita dell'epidemiologia dei ricoveri di circa il 30% (figura 3), i costi (figura 4) sono sostanzialmente raddoppiati;
- ♦ chi sono i protagonisti del «buco nero» della spesa di ospedalizzazione per gli anziani, sapendo che questo capitolo rispetto al precedente può cambiare drammaticamente la composizione della spesa: ogni anziano (≥ 65 anni) «costa» in termini di ospedalizzazioni 10 volte di più di quanto costa per farmaci (circa 4.370 euro *vs* 480 euro);
- ♦ quante e quali ospedalizzazioni sono evitabili: è possibile già dalla figura 3, identificare i ricoveri ripetuti, è possibile andare a collegare la storia dello Scenario 1 e quella dello Scenario 2 per identificare i pazienti più complessi, e su quelli concentrarsi;
- ♦ e se si vogliono coinvolgere i medici, è facile calcolare che in questa Asl campione, durante un anno ogni medico dovrebbe seguire con attenzione (ciò che è per altro, o dovrebbe essere, il minimo «dovuto») non più di 20 ospedalizzazioni: cioè la storia, al di là delle procedure, di 20 persone che esprimono, con l'ospedalizzazione, un bisogno specifico.

Come ricorda la tabella 4 i principali motivi per ricoverarsi (fino al 75% di tutte le cause) sono anch'essi ben identificabili e valutabili in termini di evitabilità o meno.

Figura 3 - Numero di ricoveri e di pazienti ultra 65enni assistiti. Anni 2000-2003

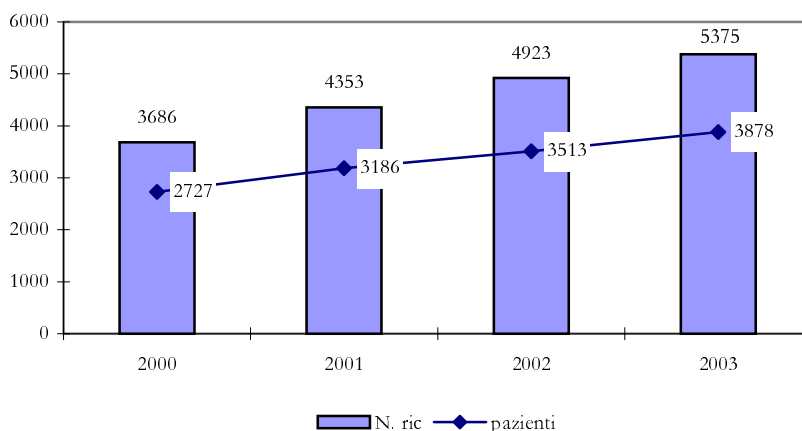
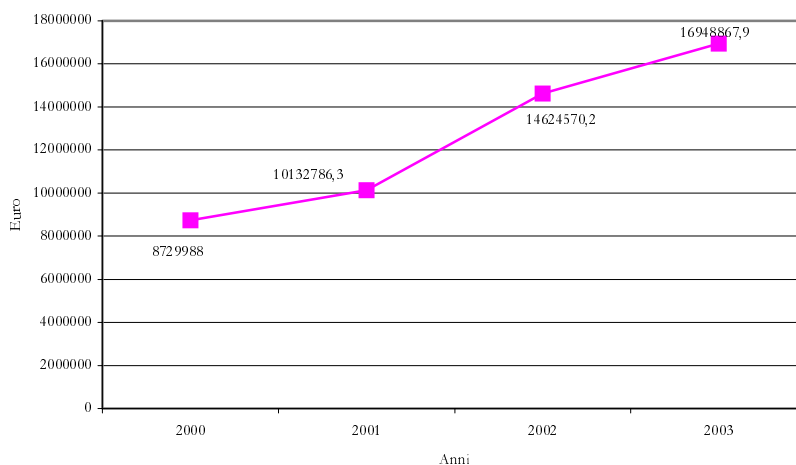


Tabella 4 - Descrizione dei ricoveri dei pazienti ultra 65enni per Mdc (categorie diagnostiche principali)

Mdc	Descrizione	N.	%	% Cumulata	Maschi	%	Femmine	%	Importo (euro)
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio	790	14,7	14,7	407	51,5	383	48,5	3.255.614,19
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	710	13,2	27,9	197	27,7	513	72,3	2.677.108,31
2	Malattie e disturbi dell'occhio	614	11,4	39,3	238	38,8	376	61,2	866.795,44
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	613	11,4	50,7	375	61,2	238	38,8	1.487.057,69
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	572	10,6	61,4	244	42,7	328	57,3	2.146.235,31
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	435	8,1	69,5	225	51,7	210	48,3	2.169.675,8
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	266	4,9	74,4	161	60,5	105	39,5	1155.789,28

Figura 4 - Andamento della spesa ospedaliera (Drg) per i pazienti ultra 65enni. Anni 2000-2003



Scenario 3 - Gli anziani gravi-gravosi

È un passo più avanti nell'esercizio di visibilità delle «storie» assistenziali delle persone, e nel collegamento dei diversi bisogni con le diverse prestazioni. I dati che interessano sono quelli di una Asl relativamente piccola (171.000 abitanti; 36.700 \geq 65 anni), e sono raccolti nelle tabelle 5 e 6.

Tabella 5 - Costo medio annuo per paziente nei diversi sottogruppi di popolazione di una Asl campione. Anno 2000. Spesa prescrizioni farmaceutiche e ricoveri ospedalieri

Descrizione	Totale	Costo medio per paziente
Assistiti, tutte le età; almeno 1 prescrizione e/o 1 ricovero	63.610,96	668,30
Assistiti, età \geq 65 anni; almeno 1 prescrizione e/o 1 ricovero	18.296,52	1.349,50
Assistiti, età \geq 65 anni; almeno 1 prescrizione + almeno 1 ricovero	3.443,73	5.291,10
Assistiti, età \geq 65 anni; \geq 3 prescrizioni + \geq 2 ricoveri	1.115,55	9.100,49
Quartile superiore Assistiti, età \geq 65 anni; \geq 3 prescrizioni + \geq 2 ricoveri	278,89	17.643,20

Tabella 6 - Mortalità intra-ospedaliera in due sottogruppi di popolazione ≥ 65 anni della Asl campione

Fasce di età	Assistiti, età ≥ 65 anni; almeno 1 prescrizione + almeno 1 ricovero			Quartile superiore Assistiti, età ≥ 65 anni; ≥ 3 prescrizioni + ≥ 2 ricoveri		
	N. ricoveri	N. deceduti	% decessi	N. ricoveri	N. deceduti	% decessi
65-74	2.943	256	8,7	256	43	16,8
75-84	2.534	315	12,4	211	49	23,2
≥ 85	1.191	253	21,2	73	23	31,5
Totale	6.668	824	12,4	540	115	21,3

Il messaggio dovrebbe essere a questo punto molto chiaro: se si è interessati non solo ai dati amministrativi globali, e ai bilanci complessivi da cui non ci si può districare, è possibile ri-costruire la mappa reale delle persone e dei contesti per/con cui:

- ♦ pianificare interventi di presa in carico;
- ♦ verificare il rapporto tra diritti e bisogni;
- ♦ concentrare l'attenzione non generica sulle «minoranze» particolarmente gravi e gravose (per rispettarle e assisterle nelle loro specificità, e non lasciare che i loro costi-carichi assistenziali rendano più confuso e meno interpretabile lo scenario complessivo).

Scenario 4 - Le residenze di/per/contro gli anziani

È uno degli scenari più di moda e più controversi, più ambito dal privato e più ambiguo (per usare eufemismi) per cultura, più oggetto di tanti contributi-indagini e meno conosciuto con dati solidi di una epidemiologia che non sia semplicemente la somma delle presenze nell'una o nell'altra struttura, ma il racconto qualitativo dei percorsi e degli esiti, dei diritti rispettati e violati, delle risorse appropriate e di quelle distorte.

Nella logica di questo contributo, la menzione del capitolo «residenze» mira solo a ricordare la orfanità di una attenzione seria. La tabella 7 ricorda in modo simbolico uno degli aspetti di questa orfanità: nel contesto di una sola (piccola) città, in quattro «residenze» in cui si è

cercato (con fatica, con risultati di assoluta incompletezza) di raccogliere i dati essenziali, la cosa che più colpisce è la incomparabilità anche di indicatori grezzi come la durata della degenza. Strana coincidenza: un termine così evocante fiducia come «residenza», si collega strettamente con il sospetto di essere affidati al caso o di essere «consegnati» all'uno o all'altro contesto di vita, o di attesa di fine. Forse più di ogni altro, nella realtà attuale, questo scenario evoca, riproduce – impone per gli anziani-senza-potere il mito-labirinto dove lo spaesamento non è per incuriosire-coinvolgere, ma per intimorire-escludere.

Tabella 7 - Durata di degenza dei pazienti nelle Rsa

	Rsa 1	Rsa 2	Rsa 3	Rsa 4	Totale
Giorni di degenza	5.430	4.598	6.863	1.376	18.267
Accessi	62	60	39	15	176
Degenza media	87,6	76,6	176,0	91,7	103,8

3. Conclusioni e proposte

1. Il mito-labirinto degli anziani – più o meno «grandi», «gravigravosi» – non è (o almeno può non essere) il buco nero delle risorse della sanità.
2. Il filo che guida a sbrogliare la matassa è quello della «visibilità»:
 - ♦ come una indicazione metodologica-tecnica molto chiara: l'epidemiologia quali-quantitativa a livello delle singole realtà territoriali è imprescindibile per avere mappe di problemi/bisogni/ possibilità non confuse né confondenti;
 - ♦ come promemoria del fatto che la categoria delle visibilità-riconoscibilità appartiene all'universo del diritto: è la traduzione gestionale-amministrativa dell'*habeas corpus*; la sua alternativa è quella dei *desaparecidos*, che possono essere tali anche se se ne sa il numero, ogni volta che il loro più grande bisogno di diritti viene sottolineato come peso delle loro percentuali sulla spesa e sui consumi.
3. Come tutti i fili di Arianna che si rispettino, quello della visibilità è molto semplice, riproducibile, flessibile: diviene facilmente strumento di dialogo, di comprensione, di pianificazione, di verifica. I dati sono disponibili. Il loro collegamento è possibile, e costruisce storie, e quando queste sono rese raccontabili non c'è più bisogno di molte spiegazioni. La «evidenza» diventa una guida intelligente, non per im-

porre risposte universalmente o mediamente valide, ma per fare emergere – e adottare – quelle specifiche per l'una o l'altra situazione. Il gioco, epidemiologico e di diritto, della visibilità non mira a rendere le differenze opache e sfocate, ma a permetterne e garantirne la adozione. L'unica condizione perché questo avvenga è che la complessità-gravosità di chi ha più bisogno venga vissuta come un progetto proposto alla creatività di tutti, e non come una «colpa»/responsabilità da ributtare su chi ha già il peso dello star male.

4. La bibliografia – assolutamente «essenziale», per numerosità e qualità – vuole solo ricordare (nella stessa logica degli scenari) un'altra – l'ultima – cosa ovvia (perciò più facile da dimenticare, nella pratica, se non nei principi): che ri-dare una-visibilità-di-diritto-prioritario agli anziani non può essere la somma di tante competenze: è un test della praticabilità o meno di una progettualità di diritto.

Riferimenti bibliografici

- Agüero-Torres H., von Strauss E., Viitanen M., Winblad B., Fratiglioni L., 2001, *Institutionalization in the Elderly: the Role of Chronic Diseases and Dementia. Cross-sectional and Longitudinal Data from a Population-Based Study*, «Journal of Clinical Epidemiology», n. 54 (8), pp. 795-801.
- Castello Pier Antonio (a cura di), 2001, *Labirinto - Cammino di cammini*, Ed. Archivio della Memoria, San Bellino.
- Chicconi I., 2003, *La qualità della relazione in casa di riposo*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 2, p. 17.
- Cineca, 2001, *Progetto Arno. Rapporto sul profilo prescrittivo della popolazione anziana – Rapporto 2001*.
- Di Santo P. 2003, *Come ricostruire la rete dei servizi per anziani*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 12-13, p. 8.
- Giorgetti M., Rozzi G., 2004, *Familiari di anziani non più autosufficienti*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 1, pp. 14-18.
- Giunco F., 2000, *Pazienti anziani complessi e rete dei servizi*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 1, pp. 16-20.
- Giunco F., 2001, da: Valerio M., Lepore V., Giunco F., *Il progetto Cronos e la malattia di Alzheimer*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 15, pp. 110-112.
- Glennerster H., 1998, *L'assistenza ai grandi anziani: soluzioni pubbliche e soluzioni private*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 5, p. 1.
- Gori C., 2000, *Comparare i servizi sociosanitari per gli anziani: i costi economici e sociali delle diverse alternative*, «Economia Pubblica», n. 1, pp. 95-115.
- Jensen J., Lundin-Olsson L., Nyberg L., Gustafson Y., 2002, *Fall and Injury Prevention in older People living in Residential Care Facilities. A Cluster Randomized Trial*, «Annals of Internal Medicine», n. 136 (10), pp. 733-41.

- Kane R.L., Bershadsky B., Kane R.A., Degenholtz H.H., Liu J.J., Giles K., Kling K.C., *Using Resident Reports of Quality of Life to Distinguish Among Nursing homes*, «Gerontologist», n. 44 (5), pp. 624-32.
- Leone B., *I livelli essenziali come condizione di cittadinanza sociale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 123-127.
- 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., 2002, *Dalla farmacoepidemiologia all'epidemiologia dell'assistenza*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 16/2, pp. 102-107.
- Marrazzo E., Brasola S., Ferraro L., 2002, *Guida bibliografica semi-strutturata sul ruolo del farmacista pubblico nell'assistenza al paziente anziano*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», n. 16 (2), pp. 108-16.
- Prigerson H.G., 2003, *Costs to Society of Family Caregiving for Patients with End-stage Alzheimer's Disease*, «New England Journal of Medicine», n. 349 (20), pp. 1891-1892.
- Spolaore P., Maggi S., Trabucchi M., 2001, *L'anziano nella rete dei servizi*, Casa Editrice Il Poligrafo, Padova.
- Tognoni G., 1998, *Automedicazione e anziani*, «Informazione sui farmaci», n. 22 (4), pp. 110-111.
- Tognoni G., Lepore V., 2003, *Profilo di prescrizioni della popolazione anziana*, «Assistenza Infermieristica e Ricerca», n. 22, pp. 216-226.
- Valerio M., Vitullo F., Valdo F., Perugini M.A., 1999, *Analisi dei bisogni sociali rilevati dai medici di medicina generale ed ospedalieri nel progetto Adi della Asl Avezzano-Sulmona*, «Bollettino Ordine Medici Chirurghi Odontoiatri», n. 17, pp. 5-9.
- Vitullo F., Valerio M., Valdo F., Sorrentino G. C., Di Matteo A., 2000, *Home Care between Health and Social Needs: A feasibility Study in Southern Italy*, «Internet Journal Public Health Education», n. 2, pp. C173-C176.

I nodi della politica sanitaria in Italia. Radici storiche e prospettive

Giovanna Vicarelli

Nel dicembre 2003 alcuni giornali hanno ricordato agli italiani i 25 anni di fondazione del Servizio sanitario nazionale, cogliendo l'occasione per redigere l'ennesima lista delle criticità o delle inadempienze del sistema. Non tutti hanno ricordato, però, che risale al dicembre del 1888 la prima legge sanitaria dell'Italia unita e che a quel periodo si può datare l'avvio del sistema nazionale di protezione

della salute. È con questa prospettiva di analisi di lungo periodo che si possono cogliere le caratteristiche dell'attuale fase di sviluppo della politica sanitaria italiana, con la possibilità di porre alcuni interrogativi sulle congruenze o incongruenze istituzionali e organizzative che essa presenta rispetto ad un contesto economico e culturale in grande trasformazione.

1. Lezioni americane

In un articolo pubblicato nel 2001, David Mechanic, uno fra i più noti studiosi americani di sanità, evidenzia la possibilità che l'attenzione dei media e il dibattito scientifico-culturale si concentrino su tematiche che sono, di fatto, falsi bersagli, perdendo di vista i problemi cruciali della politica sanitaria (Mechanic, 2001a). A titolo di esempio indica la sproporzionata letteratura sul tema della *managed care* rispetto ad una problematica come la copertura assistenziale della popolazione negli Stati Uniti: 3.647 articoli recensiti da Medline¹ tra il 1992 e luglio 2000 nel primo caso e soltanto 808 nel secondo caso. A plausibile spiegazione di tale fatto addita l'insoddisfazione dei medici e di consistenti fasce di popolazione per i limiti finanziari, organizzativi e di accesso ai servizi sanitari imposti dalla *managed care*, rispetto agli interessi di strati sociali privi di copertura assistenziale, ma anche incapaci di

¹ Medline è il database bibliografico della National Library of Medicine statunitense. Contiene citazioni bibliografiche e *abstracts* relativi alla letteratura biomedica mondiale (nei settori ricerca, chimica, amministrazione, odontoiatria, scienze infermieristiche) con copertura dal 1966 ad oggi.

suscitare su se stessi un pubblico dibattito. In un articolo dello stesso anno (Mechanic, 2001b) rileva come i recenti cambiamenti nel sistema sanitario americano abbiano reso più difficili studi rigorosi e scientifici, nonostante le sofisticate metodologie e tecniche di ricerca messe a punto negli ultimi decenni. Il campo dell'assistenza sanitaria, scrive, è passato da una dimensione artigianale di piccoli imprenditori e di alcune organizzazioni tipicamente *no-profit*, a strutture dominate da aggressive compagnie *profit-oriented*. Questi nuovi gruppi hanno interesse a proteggere i loro prodotti e servizi e spesso considerano la ricerca e i dati come loro proprietà, scoraggiando in ogni modo gli studiosi. Con questa prospettiva egli auspica la costituzione di ampie banche dati, lo sviluppo di modelli concettuali adeguati ad interpretarle e soprattutto la capacità dei ricercatori di imparare dai loro errori e dagli effetti non previsti delle politiche sanitarie, dimostrando di avere la capacità di andare oltre i propri orientamenti e valori (Mechanic, 2001b).

Questo monito a porre attenzione a tematiche non usuali e a quell'ignoranza percettiva «che trasforma in semplicemente inesistente ciò che non viene abitualmente riconosciuto» (Mancini, 2003, p. 19) ci sembra costituire una buona idea guida nella lettura della politica sanitaria italiana, soprattutto in un numero monografico, come quello qui proposto, che ha l'intento di prefigurare una specie di bilancio dei saperi e delle problematiche aperte. A tal fine può essere utile una prospettiva di analisi che permetta di cogliere, in una logica di lungo periodo, le caratteristiche dell'attuale fase di sviluppo della politica sanitaria, individuandone, possibilmente, alcune congruenze o incongruenze istituzionali e organizzative.

2. *Una storia lunga cento anni*

Nel dicembre 2003 alcuni giornali hanno ricordato agli italiani i 25 anni di fondazione del Servizio sanitario nazionale, cogliendo l'occasione per redigere l'ennesima lista delle criticità o delle inadempienze del sistema. Non tutti hanno ricordato, però, che risale al dicembre del 1888 la prima legge sanitaria dell'Italia unita² e che a quel periodo si può datare l'avvio del sistema nazionale di protezione della salute.

² Si tratta della legge istitutiva del codice sanitario approvata il 22 dicembre 1888.

In una ottica longitudinale, quindi, la nascita nel 1978 del Servizio sanitario costituisce solo una fase del processo di trasformazione delle forme pubbliche di tutela sanitaria alla quale occorre far precedere almeno altre due fasi e farne seguire un'altra.

A fine ottocento il tema della salute assume i caratteri di una emergenza sanitaria che va incanalata e controllata poiché concomitante con l'avvio della prima industrializzazione e urbanizzazione del paese³. Tuttavia le modalità dell'intervento pubblico debbono risultare accette ad un blocco dominante che presenta i caratteri del massimo conservatorismo, essendo state sconfitte le frange più moderate e illuminate della borghesia professionale, che avrebbero voluto portare l'Italia su una strada di politiche sociali più prossima a quella tedesca o inglese. Ben lungi dal prospettare un sistema di politiche sanitarie che riconosca allo Stato il diritto-dovere di farsi carico dei bisogni della popolazione, i governi liberali giungono a codificare un modello di *welfare residuale*, secondo cui i canali naturali o socialmente dati per garantire la sopravvivenza dei cittadini sono la famiglia e tutte quelle forme di solidarietà sociale che scaturiscono o dal paternalismo venato di religiosità delle classi imprenditoriali o dall'associazionismo sindacale e dall'auto mutuo aiuto lavorativo. In pari tempo si ritiene di poter ampliare e razionalizzare le modalità di assistenza ai poveri, tradizionalmente gestite attraverso le condotte mediche municipali, che vengono ora rese obbligatorie ed espletate secondo regole comuni. Un compito che va ad affiancarsi a quello della tutela igienica del territorio e delle città, per la quale si istituiscono nuove figure professionali (l'ufficiale sanitario) e nuovi organi di controllo. In questi termini lo stato liberale si assume il compito di tutelare l'incolumità della nazione, minacciata da antiche e nuove piaghe sociali, concedendo ai poveri e ai malati una minima soglia di aiuti mediante un sistema in cui il grado di libertà da concedere ai cittadini è assai modesto e massima invece la rivendicazione dell'ordine.

In questa prospettiva, anche il periodo giolittiano non porta innovazioni sostanziali poiché le pur importanti provvidenze adottate assumono ancora la configurazione di investimenti sociali che si sarebbero dovuti realizzare assai prima e che contribuiscono ad un migiora-

³ Per la discussione e la documentazione bibliografica di tutta questa parte relativa allo sviluppo storico della politica sanitaria in Italia mi permetto di rimandare a due miei lavori: Vicarelli, 1997 e 1997b.

mento generale, ma non risolutivo, delle condizioni di vita delle popolazioni, soprattutto quelle meridionali. Le stesse difficoltà nella creazione dell'Ina, cui si sarebbe dovuto concedere il monopolio nell'esercizio delle assicurazioni sulla vita, sono indicative di come Giolitti non riesca a imporre all'ambiente finanziario e politico italiano uno strumento pubblico di rastrellamento del credito, cui avrebbe potuto far seguito un sistema nazionale di assicurazioni sociali. Di conseguenza, la legislazione sulla malaria emanata nel 1907, l'istituzione dell'ordine dei medici nel 1910, le norme che regolano l'occupazione delle donne e dei fanciulli e che prevedono la nascita della Cassa nazionale maternità, i regolamenti, infine, sulla prostituzione (1902-1905) appartengono ancora alla tutela dell'ordine pubblico e all'offerta di garanzie minime ad una popolazione che, a fronte di una crescente industrializzazione del paese, risulta sempre più impegnata nel lavoro di fabbrica.

Con questi precedenti non meraviglia che il fascismo possa essersi vantato di aver dato al paese il primo vero pacchetto di politiche socio-sanitarie, avendo varato l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi e le malattie professionali, incrementato il tessuto mutualistico fino a giungere alla sua razionalizzazione, sistemato il complesso ospedaliero, prodotto istituti pressoché universalistici a favore della maternità e dell'infanzia. Ciò che identifica, tuttavia, il nuovo modello di intervento nella sanità è, da un lato, l'esaltazione meritocratica della assicurazione obbligatoria, legata sostanzialmente al tipo di lavoro svolto da ciascun assicurato e, dall'altro, il rinnovato coinvolgimento della famiglia nella produzione dei servizi per il benessere. Esso appare cioè un sistema di *welfare corporativo* e *familistico* dal momento che l'integrazione sociale dei ceti medi e popolari viene demandata al mercato e alle comunità domestiche, seppure in un clima di generale repressione delle libertà politiche e civili. Alla frammentazione degli interessi e delle istituzioni avrebbe fatto da contrappeso, nell'ideologia fascista, la presenza unificante del partito unico, in grado di permeare di sé tutte le forme di tutela e di assistenza create dal regime.

La non risoluzione della questione sociale nell'Italia liberale e la specificità con cui viene affrontata nel ventennio fascista costituiscono uno dei retaggi maggiori che la storia consegna alla costituzione dello stato repubblicano, il quale, a partire dal 1948, sceglie, nell'ambito sanitario, la strada della continuità piuttosto che quella della discontinuità con il passato. Mentre, infatti, cadono le proposte di una riforma radicale

simile a quella realizzata in Gran Bretagna, si decide di lasciare immutato il sistema mutualistico a base meritocratica, puntando alla sua graduale estensione a tutta la popolazione italiana. Di fatto si decide di prolungare e riadattare il progetto di un *welfare* residuale a carattere corporativo secondo cui lo Stato si pone al di sopra di un tessuto sociale disarticolato in una miriade di categorie incapaci di esprimere interessi generali e la cui azione si esaurisce «in un reciproco e talvolta logorante confronto volto a inseguire il tornaconto particolare» (Preti, 1987, p. 160). Non meraviglia, dunque, che ancora una volta di fronte ai deboli processi di governo dello Stato nazionale, vi sia da parte degli italiani una permanente valorizzazione dei sistemi tradizionali di sicurezza sociale (la famiglia, la parentela, la comunità, la categoria professionale) che vengono incaricati di rispondere ai nuovi bisogni di sanità e salute. In definitiva lo stato repubblicano, sulla scia dello stato fascista, non si pone più come tutore dei poveri e dei malati ai fini della salvezza nazionale, ma come garante di una nuova forma di sicurezza sociale che viene gestita attraverso un sistema mutualistico obbligatorio (ma clientelare e differenziato) che poggia sul riconoscimento della cittadinanza a coloro che posseggono un lavoro garantito. Il fatto che la forbice tra le riforme sanitarie e la crescita del capitalismo rimanga aperta per lunghi decenni, ha condotto alcuni studiosi ad affermare che la «asocialità» del capitalismo italiano fa parte della sua storia (Villari, 1992). Il riformismo borghese, che in altre aree nazionali costituisce un puntello democratico del sistema, in Italia rimane a lungo esterno alla politica economica del paese determinando situazioni paradossali per cui la riforma dei servizi sanitari, negata in sede costituente ma richiesta da alcuni partiti e da gran parte delle forze sociali fin dai primi anni cinquanta, deve aspettare quasi trenta anni prima di essere approvata (legge 833/78). Peraltro, essa viene emanata in un clima di grande tensione e cambiamento sociale che, se contribuisce a far superare i molti veti fino ad allora posti alla sua realizzazione, certo non ne facilita l'applicazione né sul piano politico né su quello organizzativo gestionale. Il Servizio sanitario nazionale, infatti, istituito grazie agli accordi parlamentari dei governi di unità nazionale, nasce a seguito di una intensa competizione ideologica e di una crisi economica delle mutue, cui non è estraneo lo sfruttamento politico della sanità iniziato negli anni cinquanta e perfezionato nel decennio seguente. Le disegualianze nella copertura assistenziale e nelle prestazioni, la frammentazione istituzionale, la duplicazione dei percorsi curativi, lo spreco di risorse uma-

ne e finanziarie, più volte denunciati in questo periodo, altro non sono che i risultati di una azione legislativa che considera la sanità come strumento di consenso sociale, grande serbatoio di occupazione e mezzo di finanziamento occulto.

È in opposizione ad una simile modalità che si sviluppa negli anni sessanta e settanta la richiesta di un modello di sanità per tutti, entro strutture pubbliche decentrate, prossime ai bisogni della popolazione e suscettibili di un controllo dal basso. Una richiesta che si connette alla definizione di un nuovo ruolo amministrativo dei Comuni e delle Regioni, ai quali dovrebbe andare la gestione del Servizio sanitario nazionale. Si tratta, invero, di una domanda in parte contraddittoria per le dinamiche che oppongono i fautori della regionalizzazione con i sostenitori delle municipalità, ma che lega l'universalizzazione dei diritti sociali con il riconoscimento delle differenze territoriali. In tal senso, mentre viene avanzata la richiesta di piena cittadinanza sociale, si definisce e si rinsalda un senso civico di appartenenza che trova il suo essere nell'ente locale (città o regione), inteso come strumento di mediazione tra le radici storico-culturali degli individui e la rappresentazione universale-cosmopolita dei diritti politici e sociali.

Quella che emerge, dunque, con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, è una modalità di legittimazione del diritto alla salute che lo Stato, nelle sue diverse articolazioni territoriali, promuove e offre in forma di *welfare universalistico e istituzionale*, finanziando, cioè, e gestendo le strutture sanitarie ad esso dedicate. In tal senso a tutti i cittadini viene riconosciuto il diritto-dovere di porsi di fronte ai servizi sanitari non più nel ruolo di pazienti o di utenti, come nelle due fasi precedenti, ma di clienti in grado di focalizzare su se stessi prestazioni sempre più adeguate sul piano della qualità professionale, relazionale e organizzativa⁴.

La ritardata istituzione del nuovo sistema sanitario, tuttavia, crea non poche difficoltà alla sua attuazione, anche perché essa coincide, a livello internazionale, con una fase di forte ridimensionamento e trasformazione delle politiche pubbliche. A partire dai primi anni ottanta si attuano in Europa politiche di restringimento della spesa sanitaria che puntano dapprima al contenimento dei costi secondo i criteri tradizionali di una politica *top-down* (mediante tagli, ticket e tetti di spesa),

⁴ Si vedano in questo volume: *Il valore della qualità nei sistemi-salute*, di Carla Collicelli, Margherita Gentile e Patrizia Masiero e *Il sistema di pagamento dell'assistenza ospedaliera: una valutazione*, di Tommaso Langiano e Laura Arcangeli.

quindi a forme di regolazione dal basso, che prevedono, da un lato, la capacità dei diversi soggetti finanziatori e gestori di avviare modalità di competizione controllata con budget prestabiliti, e dall'altro, di realizzare relazioni cooperative volte a garantire maggiore economicità alla protezione sanitaria⁵. Queste misure risultano tutte presenti in Italia dove le politiche di restringimento della spesa effettuate fino al 1992, quindi l'emanazione dei decreti 502/92 e 517/93 relativi alla aziendalizzazione del sistema sanitario e infine il decreto 229/99 sulla cooperazione amministrata, scandiscono il passaggio dall'una all'altra forma regolativa⁶. Si tratta, nel complesso, di un processo guidato dai governi di centro-sinistra (o dai governi tecnici) che esprime una logica di razionalizzazione della spesa e di restringimento dei servizi, senza mettere in discussione i principi del Servizio sanitario se non per l'ampliamento delle competenze istituzionali e gestionali delle Regioni attraverso il federalismo sanitario. Ciò significa che anche l'Italia, come la maggior parte dei paesi europei, registra, nell'ultimo decennio del secolo, un rinnovamento della politica sanitaria abbastanza contenuto, ma di fatto un suo sostanziale radicamento⁷.

Tuttavia le politiche sanitarie dell'attuale governo di centro-destra sembrano voler portare all'indietro il pendolo del *welfare*, verso modelli già sperimentati di protezione residuale o selettiva. Vanno in questa direzione le norme emanate a partire dal 2000 volte ad ampliare il ruolo delle organizzazioni *no-profit* nella gestione degli istituti di ricerca e cura (Ircss), la liberalizzazione del lavoro professionale dei medici e degli infermieri, l'impegno ad incrementare il ruolo della famiglia in tutte le forme di assistenza e cura, la valorizzazione della responsabilità sociale delle imprese e infine (ma con peso più decisivo) la decurtazione delle già limitate risorse finanziarie per il sistema sanitario⁸. Questa politica dimostra molte contraddizioni e incertezze (Vicarelli, 2004), ma un disegno di fondo che sembra tendere alla differenziazione territoriale del Servizio sanitario e alla

⁵ Anche in questo caso, per il dibattito sui processi di trasformazione delle politiche sanitarie negli anni ottanta e novanta mi permetto di rimandare a Vicarelli, 2002.

⁶ Si vedano in questo volume, *Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata?*, di Cristina Ugolini e *Universalismo e sviluppo tecnologico: i casi della Germania, del Regno Unito e degli Usa*, di Giovanni Fattore.

⁷ Si vedano le posizioni sostenute in Hemerijck, 2002.

⁸ Si veda il contributo di Roberto Polillo in questo volume.

sua sostanziale riduzione in una logica di diversità territoriale della cittadinanza. Di conseguenza il governo centrale intende assumere un ruolo di coordinamento dei sistemi sanitari regionali e di sola salvaguardia dei livelli minimi di assistenza, la cui entità e qualità necessitano, però, di integrazioni sempre più ampie da parte delle consuete strutture di autotutela garantite dalla famiglia o dalle comunità di appartenenza.

In realtà, i due modelli che sembrano contrapporsi in questa ultima fase delle politiche pubbliche per la salute, riguardano non solo il numero e il tipo di prestazioni che dovrebbero entrare nel paniere del Servizio sanitario, ma anche il carattere della cittadinanza che i due diversi schieramenti (di centro-sinistra e centro-destra) sembrano voler proporre per il futuro. Da un lato, infatti, prevale l'idea di una cittadinanza attiva e consapevole che prevede un ruolo di coproduzione della salute da parte dei singoli soggetti e dei professionisti impegnati nei diversi livelli del sistema sanitario. Ipotesi che può includere la coproduzione di alcuni servizi, ma non la responsabilizzazione unica o piena del solo cittadino o della sua famiglia. Dall'altro, emerge l'idea di una cittadinanza in cui l'individuo, di fronte alla espansione della scienza e della tecnica, sperimenta la possibilità di avere tutto ciò che la «grande medicina» sembra rendere disponibile. Qui l'accento cade necessariamente sulla produzione di mercato del «benessere totale» poiché solo logiche competitive possono garantire alti livelli di ricerca e di utilizzo immediato delle scoperte scientifiche, così che al nuovo consumatore della salute non resta che essere eterodiretto da una offerta eclatante e costosa. Nel nome di una azione senza vincoli e contro uno Stato-balia che fa dei divieti i suoi punti di forza, si nasconderebbe, infatti, secondo alcuni, il pericolo che si sviluppino soggettività passive e straniare che presentano sentimenti di esterità rispetto al mondo circostante, il quale diviene sempre più «un oggetto d'uso» in una società che invita i nuovi consumatori «a diventare i valorosi predatori dell'ambiente che li circonda» (Benasayag e Schmit, 2003, p. 24).

Per comprendere, tuttavia, i caratteri di questa ultima fase di trasformazione dei sistemi sanitari e delle politiche ad essi correlate appare utile procedere alla considerazione del contesto entro cui questi nuovi dilemmi si pongono, così da affiancare alla dimensione longitudinale una ulteriore, quanto necessaria, dimensione orizzontale di analisi.

3. Le nuove coordinate della politica sanitaria

In una riflessione sul senso e sul prossimo futuro della politica sanitaria è necessario porre attenzione a quel processo storico, identificato come globalizzazione, che rappresenta ormai la forza e l'ambito decisivo per qualunque questione di rilevanza pubblica. Della globalizzazione ci interessa sottolineare tre aspetti che avendo, una forte dimensione culturale e tecnico-scientifica, hanno riflesso immediato sulla salvaguardia e promozione della salute. Il tema che essi propongono riguarda il modo in cui, nello scenario del capitalismo globale, i nuovi saperi medici (teorici e applicati) si connettono con l'emancipazione umana e civile, nassi che costituiscono i cardini della modernità così come è andata sviluppandosi almeno fino ad oggi.

Se si considera la globalizzazione come un nuovo sistema di convivenza interumana e di rapporto tra umanità e mondo naturale, si può affermare che essa propone il superamento di confini ritenuti per lungo tempo insormontabili e l'abbattimento di vincoli e norme considerate ugualmente invalicabili. Per quanto ci riguarda valuteremo i riflessi sul sistema sanitario della caduta di tre confini simbolici: quelli legati allo spazio, al tempo e alla vita umana.

La nuova dimensione spaziale delle relazioni sociali, che sempre meno hanno i connotati di valore e di orientamento relativi alla sola nazione o comunità locale, apre sul piano sanitario due grandi problematiche. Da un lato la deterritorializzazione opera come un potente fattore di dilatazione dei rischi per la salute, un tempo protetta da scambi più limitati e da barriere istituzionali più controllabili, in quanto coincidenti con i confini nazionali. L'allarme suscitato dal rapido diffondersi della Sars o il timore di nuove epidemie o pandemie esprimono verosimilmente la fragilità di un sistema che alla mobilità globale dei propri cittadini non sa ancora opporre una eguale sorveglianza o protezione globale. In secondo luogo, la caduta dei confini territoriali implica la coresidenzialità di cittadini provenienti da aree geografiche molto diverse, con stili sanitari che propongono ai sistemi locali malattie inusuali, nuovi codici di cura e di approccio alla salute. Questa «pluralizzazione sincronica», come è stata chiamata, conduce alla compresenza di saperi e pratiche variegata, magari condivise da ampie fasce di popolazione immigrata, e alla diffusione di saperi che entrano in collisione o confronto con i canoni tradizionali della medicina scientifica (Allievi, 2004; Tognetti, 2004; Colombo, Rebughini, 2003).

Peraltro, le strutture sanitarie, assieme alla scuola, sono le prime a risentirne, sia perché ad esse si rivolgono le diverse generazioni di immigrati, sia perché esse sono depositarie della cura del corpo dalla nascita alla morte e quindi possiedono un notevole peso simbolico, oltre che sostanziale, per tutti i cittadini immigrati e autoctoni. In questi termini, il sistema sanitario diventa una inedita arena di concorrenza, conflittualità e negoziazione tra pratiche e visioni del mondo plurali che necessitano di regole, valori e prassi profondamente diverse da quelle codificate in passato.

In secondo luogo, il prolungamento e l'accelerazione del tempo sembrano proporre il superamento problematico e contraddittorio di altri confini naturali e sociali. Il dilatarsi in termini longitudinali delle speranze di vita si coniuga, come ormai noto, alle opportunità e ai rischi di una esistenza «lunga» con una necessaria rivisitazione dei servizi e dei costi della assistenza sanitaria rivolta agli anziani e ai malati cronici (Pavolini, 2004). Ciò implica anche un sostanziale ripensamento (scientifico e culturale) su come sia possibile garantire una longevità non priva di qualità della vita. Al tempo stesso, l'uomo globale sembra essere un «*homo currens*» con una coazione a vivere accelerando che ha un impatto spesso distruttivo «perché altera, impoverisce o impedisce la cura di sé e l'attenzione agli altri, la pratica delle relazioni e l'esercizio del pensiero critico» (Mancini, 2003, p. 30). Il superamento dei confini del tempo quotidiano con le sue abituali scansioni giornaliere o stagionali amplificherebbe, in altri termini, i rischi per la salute (fisica, psichica e relazionale) generando un'epoca definita recentemente «delle passioni tristi», poiché caratterizzata da una generale diffusione di angoscia per un mondo che sembra aver perso i suoi abituali contenuti di sicurezza e di senso (Benasayag e Schmit, 2003). Secondo alcuni, peraltro, questa morte dei tempi naturali e umani, a vantaggio dei tempi della produzione e della competizione, produrrebbe (o potrebbe provocare) uno dei mutamenti antropologici più pericolosi della globalizzazione (Mancini, 2003; Sennett, 1999) per il quale il sistema sanitario non sembra possedere, al momento, né gli strumenti né i codici per farvi fronte.

In terzo luogo, le più recenti conquiste della scienza conducono verso il superamento di confini biologici che sono rimasti immutati fino ad oggi, portando l'uomo a scoprire territori che sono aldilà del corpo visibile o della mente conosciuta. Le nuove e rivoluzionarie scoperte in tema di genoma, staminali, clonazione, nanotecnologie ecc. sembrano,

infatti, rendere possibile non solo un viaggio inedito e carico di rischi-opportunità all'interno dell'uomo, in quelli che un tempo erano considerati gli abissi sconosciuti della mente e del corpo, ma anche una sua produzione o riproduzione più o meno complessiva. Il dibattito attorno alla bioetica, di conseguenza, esprime solo l'avvio di una valutazione dei riflessi delle nuove acquisizioni scientifiche e tecniche nel campo della medicina che deve attrezzarsi a renderle operative, ma al tempo stesso congruenti con codici etici fino ad oggi improponibili.

4. *Interrogativi aperti*

Non è difficile, dunque, affermare che l'Italia, alla pari di tutti i paesi occidentali, sta vivendo una fase di sostanziale «anomalia» dovuta alla accelerazione dei cambiamenti indotti dalla globalizzazione e con essa dalle più recenti scoperte scientifiche e innovazioni tecnologiche. Il problema diventa allora capire come queste spinte possano creare un nuovo processo di civilizzazione, cioè di valore per l'emancipazione umana e sociale, e non, come alcuni temono, di sola distruzione o morte. Restando nell'ambito della salute, l'interrogativo riguarda i fondamenti etici delle nuove politiche sanitarie, il carattere che esse dovrebbero assumere e i loro indirizzi basilari per dimostrarsi congruenti con le proprie finalità e il nuovo contesto socio-ambientale. Nella ricerca di una nuova coscienza etica, larga parte del dibattito italiano assume come principio basilare delle politiche di *welfare* «l'individualizzazione», cioè la spinta a scegliere la propria vita e a disporre del proprio corpo al di là delle appartenenze obbligate. Lo stesso Massimo Paci in un recente scritto su questa rivista auspica che si sviluppino quelle «politiche sociali che favoriscono la crescita dell'individuo e della sua libertà» (Paci, 2004, p. 336), laddove per libertà, seguendo l'insegnamento di Sen, si intende «la capacità concreta di fare o di essere dell'individuo nel corso della propria vita o anche come libertà di condurre un certo tipo di vita piuttosto che un altro» (Paci, 2004, p. 336; Sen, 1994). C'è da chiedersi, tuttavia, come il diritto alla individualizzazione possa realizzarsi negli attuali contesti sociali, in cui le matrici culturali di appartenenza dei cittadini sono molto più dissimili che in passato e come si possa evitare il rischio di cadere in quelle soggettività estraniare che, nel nome della libertà, si sentono in diritto di usare il mondo naturale e umano ai propri fini egoistici. Dove so-

no, in altri termini, i limiti della individualizzazione e come vanno stabiliti nel *welfare* del mondo globale? Come si può evitare che l'idea di libertà coincida con quella di arbitrio e di autodeterminazione, cioè con l'ampia facoltà del poter scegliere e del poter scegliersi?

In questa direzione c'è chi suppone che si debba provare a superare la dicotomia individuo-società che tanto ha pesato sulla cultura occidentale del novecento determinando, volta a volta, fughe in avanti verso individualismi o totalitarismi entrambi negativi. L'idea è quella di un percorso di garanzie pubbliche che si fondi sull'etica della dignità (Mancini, 2003), cioè sul riconoscimento, come insegna Elias, che sono le interrelazioni a costituire la trama del tessuto sociale, in cui ha legittimità e valore solo una corretta ed equilibrata correlazione con l'altro (Elias, 1990). In tal senso i diritti umani poggerebbero sul valore essenziale del legame interumano e la loro realizzazione non dovrebbe avvenire a scapito di questo profondo fattore di socialità che si estende a comprendere le relazioni con l'intero mondo naturale. All'individualismo tipico del liberismo occidentale non andrebbero opposti, dunque, come oggi alcuni pensano, i doveri della comunità tipici ad esempio di culture non occidentali, ma un'etica relazionale fondata sulla dignità. «La svolta concettuale consentita dall'assunzione di una simile prospettiva – scrive Mancini – sta nel prendere coscienza del fatto che la libertà vive effettivamente di possibilità, ma non di ogni possibilità» (Mancini, 2003, p. 136), cioè vive di quelle possibilità e condizioni che alimentano e armonizzano la rete di relazioni che costituisce sempre di nuovo l'uomo in quanto soggetto sociale. «L'essere e il diventare liberi devono dunque misurarsi, di fatto, con l'intero campo dell'esistenza nella concretezza delle relazioni intra e inter personali che la costituiscono e, di diritto, con il valore e la destinazione di ciascuno. Valore e destinazione che prendono il nome di dignità» (Mancini, 2003, p. 137)⁹. La cittadinanza, in questi termini, tornerebbe ad assumere il suo significato primario di «corresponsabilità» morale e civile per il bene comune e, quindi, anche per la salute dei singoli e della collettività.

Una seconda dimensione problematica riguarda il carattere comples-

⁹ Le ideologie della fraternità androcentrica, etnica e totalitaria possono essere smascherate, scrive Mancini, come «tentativi di giustificare in nome di un legame sacro tra alcuni la negazione della dignità di tutti gli altri. Anche l'ideologia antropocratica del diritto a un illimitato sfruttamento della natura mostra, in tale ottica, la sua insostenibilità» (Mancini, 2003, p. 153).

sivo della politica sanitaria, cioè se essa debba configurarsi, in questa particolare fase di sviluppo economico e sociale, come una politica «difensiva», rivolta a mantenere quanto acquisito fino ad oggi, come una politica di «stallo», cioè barcamenante tra il passato e il futuro o una politica «proattiva», capace di immaginare soluzioni efficaci a problematiche che diverranno dominanti in un breve arco di tempo. L'impressione, analizzando il dibattito e le scelte effettuate negli ultimi anni, è che abbiano prevalso la prima e la seconda caratterizzazione, poiché le molte preoccupazioni istituzionali, finanziarie e organizzative relative alle trasformazioni del Servizio sanitario hanno contribuito a mantenere l'interesse dei governi su una prospettiva di medio raggio a scapito di una visione di più ampio respiro. In questi termini, l'acceso dibattito sui modelli regionali di organizzazione della sanità non identifica certo un falso problema, ma esalta una dimensione gestionale del sistema sanitario piuttosto che una visione innovativa e strategica.

Infine, occorrerebbe chiedersi quali dovrebbero essere gli indirizzi della prossima politica sanitaria in termini di ruoli e funzioni da attribuire ai diversi attori e soggetti agenti. Tra i molti spunti possibili ci limitiamo qui ad indicarne due relativi alle forme di responsabilità del Ministero della Salute, delle Regioni e degli stessi cittadini e operatori sanitari.

Come ricorda Rufo in questo volume¹⁰, il concetto di rischio ha assunto, nelle società contemporanee, una forma del tutto diversa dal passato, poiché ci si è resi conto che esso non è imputabile alla sola natura o alla fatalità, ma nasce da scelte e da azioni umane con effetti imprevisti e con conseguenze non desiderate sulla collettività. In questa prospettiva creano rischi inediti le tecnologie e le scoperte più avanzate, ma anche le nuove forme di economia, produzione, scambio o semplice mobilità e stile di vita dei cittadini. Ne consegue che occorre ribadire la necessità di una «gestione collettiva» del rischio ribaltando la tendenza alla «gestione privata» che si è affermata con il modello neoliberista, secondo cui «i pericoli generati collettivamente vengono scaricati nei mondi privatizzati delle singole vittime e trasformati in realtà che devono essere affrontate individualmente e contro le quali bisogna lottare individualmente» (Bauman, 1996, p. 206).

¹⁰ Si veda *Bioetica: riflessioni per un riposizionamento tematico*, di Fabrizio Rufo in questo volume.

Con questa logica andrebbe costruita una nuova «*governance* del rischio» la cui responsabilità dovrebbe cadere in primo luogo sul ministro della Salute. Affidare, infatti, al Ministero semplici logiche di coordinamento delle politiche regionali o di controllo sui livelli minimi di assistenza (come attualmente prevede il Piano sanitario nazionale) sembra riduttivo in una società che richiede una vigilanza attiva e una grande capacità di lettura critica e predittiva delle nuove forme di convivenza sociale, con i loro riflessi sul benessere della popolazione. In tal senso, dovrebbe spettare al Ministero la cabina di regia della ricerca, estesa a tutti i livelli del sistema, di rinnovate forme di prevenzione e tutela contro i rischi legati alla caduta dei confini sopra menzionati. È evidente che il Ministero dovrebbe contare su un sistema informativo efficace e tempestivo, su una struttura universitaria aperta alla innovazione, su un sistema di aziende sanitarie reattivo e in grado di produrre monitoraggi e valutazioni costanti sul proprio operato. Trasparenza, verificabilità e rapidità dei risultati potrebbero, in tal senso, diventare alcune fra le nuove parole chiave del Servizio sanitario. Alla *governance* del rischio dovrebbe affiancarsi la «*governance* della salute», intesa come la capacità di raggiungere risultati efficaci in termini di benessere attraverso percorsi e processi condivisi e convalidati sul piano professionale, oltre che organizzativo ed economico. A questo livello le Regioni, ancor prima delle Aziende sanitarie, dovrebbero svolgere un ruolo strategico poiché impegnate ad individuare le risorse disponibili e i percorsi da privilegiare in una logica di progressiva messa a punto di un sistema integrato, in grado di mettere al centro della propria azione il cittadino e la sua salute globale. I percorsi di salute diventerebbero, di conseguenza, il vero risultato della responsabilizzazione territoriale della sanità su cui misurarne l'efficienza e l'economicità. In questa direzione, le norme emanate sul «governo clinico» nel giugno 2004¹¹ appaiono limitative poiché si riferiscono «ad un programma di gestione e miglioramento della qualità e dell'efficienza di un'attività medica, generalmente operata a livello di Dipartimento dell'azienda ospedaliera» (Ministero della Salute, 2004, p. 2), escludendo, quindi, un approccio di sistema focalizzato sull'insieme dei bisogni di salute del cittadino. Peraltro queste stesse norme esprimono l'obiettivo di ridare ai medici un potere gestionale che si sup-

¹¹ Disegno di legge su «Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale».

pone limitato dall'attuale organizzazione aziendale della sanità, così «da ridurre – con le parole dello stesso ministro Sirchia – l'atteggiamento economicistico oggi ampiamente lamentato e dovuto al fatto che la decisione è nelle mani del potere amministrativo» (Ministero della Salute, 2004, p. 2).

La *governance*, tuttavia, come sottolinea Silvano Tagliagambe in questo volume, fa riferimento all'esistenza di reticoli interorganizzativi ed è caratterizzata dall'azione di una molteplicità di attori che condividono obiettivi e prassi in una logica di autonomia e di autoresponsabilità (Rhodes, 1996). Di conseguenza, tutti gli operatori della salute e gli stessi cittadini non possono restare esterni a nessuno dei due livelli di *governance*, anzi debbono diventarne partecipi attraverso forme di inclusione progressiva, in termini di maggiori saperi e maggiori pratiche di cura. Il *self management*, ad esempio, non andrebbe inteso come un modo nuovo per indicare forme tradizionali di autocura, quanto la possibilità di determinate categorie di malati, ad esempio i malati cronici, di governare la propria esperienza di malattia con la partecipazione diretta degli operatori sanitari e il supporto delle strutture necessarie¹².

In questa direzione diventa centrale il tema della «fiducia», che non può limitarsi ad essere una delle tante mode lessicali e cognitive degli ultimi anni, ma deve diventare un obiettivo sostanziale in un Servizio sanitario che intenda valorizzare, da un lato, la produzione partecipata della salute e, dall'altro, la cooperazione tra tutte le agenzie coinvolte. Come produrre e mantenere la fiducia istituzionale e interpersonale, diventa, allora, uno degli ulteriori interrogativi e compiti della politica sanitaria (Gilson, 2003).

Riferimenti bibliografici

- Allievi S., 2004, «Corpi migranti. Culture, religioni, salute e malattia in una società plurale», in Guizzardi G. (a cura di), *Star bene*, Il Mulino, Bologna.
Bauman Z., 1996, *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano.
Benasayag M. e Schmit G., 2003, *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano.

¹² In tal senso ci sembra che possa essere riscoperta dalla politica sanitaria italiana sia l'ambivalenza del termine cura, sia l'ambivalenza del rapporto medico-paziente, entrambe insite nelle radici mediterranee della nostra cultura come ricorda Micol Bronzini in questo volume.

- Colombo E., Rebughini P. (a cura di), 2003, *La medicina che cambia*, Il Mulino, Bologna.
- Elias N., 1990, *Che cos'è la sociologia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Gilson L., 2003, *Trust and the Development of Health Care as a Social Institution*, «Social Science and Medicine», n. 56, pp. 1453-1468.
- Hemerijck A., 2002, *Come cambia il modello sociale europeo*, «Stato e Mercato», n. 2, pp. 191-236.
- Mancini R., 2003, *Senso e futuro della politica*, Cittadella Editrice, Assisi.
- Mechanic D., 2001a, *The Managed Care Backlash: Perceptions and Rethoric in Health Care Policy and the Potential for Health Care Reform*, «The Milbank Quarterly», n. 1, pp. 35-54.
- Mechanic D., 2001b, *Lessons from the Unexpected: The Importance of Data Infrastructure, Conceptual Models, and Serendipity in Health Services Research*, «The Milbank Quarterly», n. 3, pp. 459-477.
- Ministero della Salute (a cura di), 2004, *La sanità e la salute nel Governo Berlusconi. Parte Prima: I primi tre anni di governo*, www.ministerodellasalute.it.
- Paci M., 2004, *Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 333-374.
- Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- Preti D., 1987, «Fortune e miserie della classe medica nell'Italia fascista (1922-1940)», in Preti D., *Cultura e società negli anni del fascismo*, Istituto Lombardo per la Storia del Movimento di Liberazione in Italia - Cordani, Milano.
- Rhodes R.A.W., 1996, *The New Governance: Governing without Government*, «Political Studies», XLIV.
- Sen A., 1994, *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna.
- Sennett R., 1999, *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano.
- Tognetti M. (a cura di), 2004, *I colori del welfare. I servizi alla persone di fronte all'utenza che cambia*, Franco Angeli, Milano.
- Vicarelli G., 1997a, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., 1997b, «La politica sanitaria tra continuità e innovazione», in *Storia dell'Italia repubblicana*, vol. 3, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, Einaudi, Torino.
- Vicarelli G., 2002, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, «Politiche Sanitarie», n. 3, pp. 84-92.
- Vicarelli G., 2004, «Introduzione» a Vicarelli G. (a cura di), *Il Malessere del Welfare*, Liguori, Napoli.
- Villari L., 1992, *Il capitalismo italiano del Novecento*, Laterza, Bari.