

RILANCIARE LE POLITICHE SOCIALI. UNA OPPORTUNITÀ IN TEMPO DI CRISI

NERINA DIRINDIN

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E FINANZIARIE "G.PRATO", UNIVERSITÀ DI TORINO

In tutti i momenti di crisi, il settore socio-sanitario è sempre stato oggetto di importanti interventi di razionalizzazione. Vale la pena quindi richiamare gli elementi essenziali del sistema di assistenza sociale e sanitaria del nostro Paese. L'obiettivo è contribuire a rafforzare le conoscenze del sistema e contrastare la disinformazione che molto spesso pervade questo settore

Le difficoltà economiche che il nostro Paese sta vivendo, e che impongono un rafforzamento delle politiche di risanamento della finanza pubblica, aprono scenari di preoccupazione per il sistema di welfare.

In tutti i momenti di crisi, il settore socio-sanitario è sempre stato oggetto di importanti interventi di razionalizzazione. Chi non ricorda gli anni novanta, quando l'obiettivo di entrare in Europa impose, all'interno di un più ampio processo di risanamento della finanza pubblica, rilevanti sacrifici alla sanità, impedendo il rilancio delle politiche sociali di cui da tempo si sentiva bisogno.

Vale la pena quindi richiamare gli elementi essenziali del sistema di assistenza sociale e sanitaria del nostro Paese. L'obiettivo è contribuire a rafforzare le conoscenze del sistema e contrastare la disinformazione (non sempre disinteressata) che molto spesso pervade questo settore.

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA INFERIORE ALLA MEDIA EUROPEA

Nonostante i frequenti annunci allarmistici, i confronti internazionali confermano, come per il passato, un livello di spesa sanitaria pubblica lievemente inferiore alla media europea: 6,7% del Pil nel 2007, a fronte di una media dei paesi con sistemi di sicurezza sociale (Francia, Germania, Austria) dell'8,1% ed una media dei paesi scandinavi con sistemi universalistici del 7,3%.

Anche la dinamica degli anni più recenti non è di per sé motivo di preoccupazione. Secondo il Ministero dell'Economia¹, l'insieme degli strumenti di governance adottati con gli Accordi tra Stato e Regioni ha consentito "un significativo rallentamento della dinamica della spesa". In particolare, mentre "nel periodo 2000-2005 il tasso medio di incremento

della spesa sanitaria è stato pari al 7,3 % annuo, nel periodo 2006-2009 il tasso è risultato pari al 2,9%". "La minore dinamica riscontrata rispetto agli anni più recenti è il risultato di una maggiore disciplina delle Regioni, con riferimento tra l'altro ai diversi standard, al processo di monitoraggio, al processo di verifica degli andamenti finanziari e dei comportamenti regionali rispetto agli impegni assunti, al sistema premiale e sanzionatorio". Il giudizio positivo, si noti, è del Ministero dell'Economia.

Un insieme di strumenti che, oltre a contribuire al controllo della dinamica della spesa, ha definitivamente messo in evidenza la differenza fra le regioni più virtuose (in equilibrio e in grado di rispettare il diritto dei cittadini ai livelli essenziali di assistenza) e le regioni meno virtuose (in forte disavanzo e con un'offerta talvolta anche pesantemente inadeguata). Il che se, da un lato, ha consentito di dimostrare che gli strumenti di cui sopra, quando adottati, sono in grado di contribuire al miglioramento dei sistemi sanitari delle singole regioni, dall'altro ha acuito la spaccatura fra nord e sud del Paese, con esiti potenzialmente preoccupanti, perché gli effetti delle carenze (programmatorie e gestionali) delle regioni del sud risultano evidenti proprio in un momento in cui è più difficile affrontarli nell'interesse dell'intero Paese e non solo di parte di esso.

Non va peraltro trascurato il fatto che, a parità di ogni altra condizione, la caduta del Pil del 2009 (meno 5%) è destinata a produrre un aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo, per il semplice effetto della diminuzione del denominatore del rapporto, il che potrebbe indurre gli osservatori a riaprire il dibattito sulla sostenibilità del servizio sanitario e i decisori a giudicare con severità la sanità pubblica.

Valga per tutti la questione dei fondi integra-

tivi, da più parte evocati come capaci di risolvere tutti i problemi della sanità, ma in realtà destinati ad aggravarli, perché funzionali a favorire l'espansione del mercato delle prestazioni sanitarie attraverso soluzioni che rischiano di compiacere la tendenza a medicalizzare ogni problema anziché puntare sull'appropriatezza degli interventi (come invece è stato fatto dal settore pubblico, non senza difficoltà).

Il patrimonio di strumenti messi a punto dal settore sanitario rende possibile prime analisi di efficienza sempre più diffuse nel servizio sanitario nazionale, ma impossibili in tutti gli altri settori della PA (per mancanza di informazioni non solo sulle attività svolte ma persino sulle risorse impiegate). Ne deriva che proprio la sanità, ovvero il settore che più di ogni altro ha saputo rinnovarsi, è ora a rischio di tagli, non perché fra i più inefficienti, ma semplicemente perché più osservato e studiato. Basta pensare alle attività svolte dal ministero dell'interno o della difesa, sulle quali il monitoraggio e il controllo della spesa sono ancora in gran parte inesistenti.

Ciò non toglie che, ovunque possibile, ogni un aumento dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento pubblico debba essere perseguito tenacemente. A tale proposito, ormai da parecchi anni, la sanità del nostro Paese, così come quella di altri paesi europei, ha abbracciato la strada dell'appropriatezza, ovvero della lotta alle prestazioni erogate in assenza di evidenze scientifiche, all'uso improprio degli ospedali, ai medicinali che a parità di efficacia clinica costano di meno, e così via. L'obiettivo è produrre prestazioni efficaci e non solo contenere il costo di produzione delle singole prestazioni. L'erogazione di un servizio inappropriato è infatti il massimo dello spreco, anche se spesso il dibattito attuale tende a concentrarsi solo sui costi di produzione e non anche su ciò che si produce.

POLITICHE SOCIALI. LA CENERENTOLA DEL NOSTRO WELFARE

A fronte di una situazione relativamente soddisfacente per quanto riguarda il sistema sanitario, analogo giudizio non può essere espresso con riguardo alle politiche sociali.

Le politiche sociali soffrono di una serie di problemi che possono essere riassunti nella mancanza di una vera politica nei confronti dei bisogni delle persone. Le cause sono numerose, alcune storiche altre più recenti; non

è un caso che fino al 2000 il sistema assistenziale italiano sia stato disciplinato da una legge del 1890 (la nota legge Crispi), come se le politiche sociali non meritassero continui adeguamenti rispetto alle esigenze delle comunità.

Le carenze vanno dalle dimensioni dei finanziamenti (di gran lunga inferiori rispetto al resto dell'Europa), al mix di interventi offerti (in gran parte di tipo monetario, a discapito dei servizi in natura), all'arretratezza culturale dei decisori e dei beneficiari (ancora per lo più centrata sull'assistenza, anziché sul riconoscimento di un diritto), alla difficile integrazione fra sociale e sanità (si pensi, ad esempio, al tema della non autosufficienza), alla rassegnazione della maggior parte dei professionisti del settore (da troppo tempo abituati a veder deluse le proprie ambizioni).

Rispetto agli altri paesi dell'Europa, la spesa sociale (per previdenza, assistenza e sanità) supera di circa oltre 4 punti di Pil la media dei paesi dell'area Ocse, ma presenta rilevanti anomalie rispetto alla sua composizione². L'Italia ha infatti una spesa fortemente sbilanciata sulle pensioni (occupa il primo posto fra i paesi Ocse, con oltre 6 punti di Pil in più della media), mentre è carente nell'assistenza (dove spende complessivamente circa 3 punti di Pil in meno). Particolarmente significativo il confronto per quanto riguarda le politiche per la famiglia: la spesa italiana è (sempre in punti di Pil) quasi un terzo di quella francese (un paese con una forte tradizione di sostegno alla famiglia) e meno della metà di quella della gran parte degli altri paesi dell'Europa continentale (compreso Regno Unito, Germania, Svezia, Austria).

All'interno del Paese la spesa sociale è inoltre fortemente differenziata fra regioni. La rilevazione dell'Istat sulla spesa dei comuni (singoli e associati) per interventi e servizi sociali mostra una enorme variabilità delle risorse impiegate a livello locale: le regioni a statuto speciale del nord (tradizionalmente al primo posto quanto a spesa pro capite) spendono anche 10 volte alcune regioni del sud. Per quanto migliorabile, la rilevazione evidenzia divari interregionali ben più ampi di quelli osservati per la spesa sanitaria, anche se in parte controbilanciati da una maggiore spesa per trasferimenti monetari di tipo previdenziale.

Gli effetti della carenza di adeguate politiche sociali risulta evidente quando si analizzano i dati internazionali sulle diseguaglianze

sociali. L'Italia mostra un tasso di povertà fra i minori che è doppio di quello della Francia e circa tre volte quello dei paesi scandinavi. Più in generale, il rischio di povertà fra le famiglie monoparentali con figli è in assoluto il più alto di tutti i 26 paesi Ocse considerati: la totale assenza di un sistema generalizzato di protezione sociale a favore delle persone prive di reddito accomuna l'Italia ai paesi più arretrati.

Le evidenze indicano quindi che, in Italia, le politiche sociali devono diventare più ambiziose, documentando gli effetti delle debolezze delle attuali politiche, esplicitando le carenze che penalizzano pesantemente le fasce più fragili della popolazione, disegnando percorsi di progressivo adeguamento degli interventi, superando la frammentazione dei livelli di governo (che impedisce performance più adeguate), liberandosi delle contrapposizioni che spesso albergano al proprio interno, promuovendo una reale integrazione con le politiche sanitarie, evitando accuratamente ogni comportamento da "adempimento" che spesso - sul piano operativo - viene percepito dalle persone come burocratico e distaccato. Si tratta di una vera e propria sfida, culturale, politica e professionale, che almeno in parte deve precedere la richiesta di maggiori risorse, al fine di qualificare il settore e le sue possibilità di crescita.

UNA CRESCENTE ALLEANZA FRA SANITÀ E SOCIALE

Per affrontare la sfida dello sviluppo delle politiche sociali sembrano necessari due elementi: è necessario che le politiche sociali diventino più ambiziose ed è necessario che la sanità riconosca che ha bisogno di più sociale.

Con riguardo al primo punto, è indispensabile che le politiche sociali entrino nell'agenda politica del prossimo decennio; il dibattito corrente dovrebbe partire dal riconoscimento del contributo del welfare alla crescita dei territori e delle comunità (e non solo dei costi da coprire); in tal senso, paradossalmente, l'attuale crisi economica potrebbe costituire una importante opportunità di riqualificazione delle risposte ai bisogni delle persone, attraverso una maggiore attenzione alle fragilità, alle differenze, alle insicurezze, mediante un piano per i diritti sociali prioritari finora troppo trascurati. Vero è che in tempi di crisi è difficile immaginare di poter trovare le risorse necessarie per sviluppare i servizi alla persona, ma è

altrettanto vero che le politiche sociali sono più necessarie proprio nei momenti di maggiore crisi, hanno funzione anticiclica e non necessariamente richiedono più risorse: la crisi potrebbe quindi essere un potente stimolo alla razionalizzazione degli interventi, allo sviluppo della gestione unitaria dei servizi, alla integrazione con la sanità, anche a parità di risorse.

Con riguardo al secondo punto, allo stato attuale dello sviluppo il sistema sanitario sembra necessitare di una forte alleanza con il sistema socio-assistenziale. Sempre più, infatti, le inadeguatezze del sistema sanitario sono esplicitate con riferimento alla sua incapacità di integrarsi sul territorio con quel sistema di servizi che può non solo contribuire a migliorare il benessere delle persone ma, soprattutto, valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti. Fortunatamente, il settore sanitario sta via via, e non senza qualche resistenza, diventando sempre più consapevole della necessità di garantire non solo buoni interventi diagnostico-terapeutici, ma una migliore continuità della presa in carico, attraverso una forte integrazione con i servizi sociali, con il terzo settore, le comunità locali. L'alleanza fra sociale e sanità sembra essere, almeno potenzialmente, vantaggiosa per tutti: consente di moltiplicare gli effetti della spesa pubblica per il welfare, offre al sociale un alleato con grande peso sui decisori, offre alla sanità la possibilità di allentare le pressioni sulla dinamica della spesa (spostando parte degli interventi sul socio-assistenziale, purché adeguatamente finanziato). Si tratta di far in modo che tutti i professionisti dei due settori, i decisori tecnici e i politici diventino sempre più consapevoli di tale potenziale e operino di conseguenza.

L'esperienza di alcune regioni sulla non autosufficienza va in questa direzione: il potenziamento dell'offerta a favore degli anziani ha coinciso non solo con la crescita delle risposte integrate nei confronti delle persone in difficoltà, ma anche con il contenimento di quella parte della spesa sanitaria con funzioni di supplenza della spesa sociale. Non è da sottovalutare infine il ruolo che le politiche sociali possono svolgere in termini di creazione di posti di lavoro: il lavoro di cura favorisce una occupazione diffusa sul territorio, anche per quelle tipologie di persone espulse dal mondo produttivo o per donne disponibili ad attività a tempo parziale, previa adeguata formazione; consente inoltre il recupero del

ruolo delle comunità locali quali luoghi di vita a misura anche dei più fragili, purché sostenuti da una rete di interventi che garantisca alle persone e agli operatori un contesto di prossimità accogliente e motivante.

Non si tratta ovviamente di ridurre la spesa sanitaria mettendo a rischio le risposte alle persone più fragili, o addirittura facendo gravare sui beneficiari la cosiddetta quota sociale. Si tratta di innescare un meccanismo per cui le risorse disponibili sono via via sempre più allocate a progetti integrati, dove la componente sociale è riconosciuta importante e adeguatamente finanziata, al pari di quella sanitaria.

A tal fine è necessario che i servizi sociali siano frutto di precise strategie di programmazione regionale (meno che mai nazionale) di reale integrazione fra sociale e sanitario, e non solo della buona volontà di gruppi di operatori o delle decisioni illuminate di qualche dirigente. Ad esempio, per una risposta di qualità ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie occorre superare la visione strettamente "sanitaria" delle problematiche legate all'invecchiamento, in favore di un approccio che valorizzi anche gli aspetti sociali, psicologici e relazionali dell'anziano come componenti essenziali del suo benessere globale. Valorizzare l'anzianità significa anche capire che le fragilità di questo periodo della vita possono non schiacciare la persona e chi le sta accanto solo se esiste una rete di affetti e relazioni che circonda la famiglia e la sostiene nei momenti di maggiore difficoltà. Tali reti, tuttavia, sono anche il frutto di precise politiche di welfare capaci di promuovere il vicinato solidale, di riscoprire la reciprocità, di lottare contro lo stigma, di valorizzare chi si prende cura. Il tema sul tappeto è soprattutto di tipo culturale ed è inerente al rapporto con l'anzianità. Sempre più frequentemente, l'invecchiamento rischia di assumere un signifi-

cato negativo, di decadimento, di perdita (l'anziano è la parabola discendente e deficitaria dell'adulto che non funziona più), mentre in una prospettiva di ciclo di vita, bisognerebbe riconoscere che ogni fase della vita ha caratteristiche e scopi differenti, tutte di pari importanza. Lo stesso dicasi per le altre forme di fragilità.

QUALI PROSPETTIVE PER IL FUTURO?

Di fronte a tali sfide, quali prospettive si aprono per i prossimi anni? Lo scenario è pieno di incertezze: la crisi economica tenderà ad essere affrontata attraverso tagli generalizzati, anziché razionalizzazioni strategiche; il riequilibrio del mix di prestazioni sociali difficilmente potrà essere rivisto in un momento di grande difficoltà per il Paese; la mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Lep) rischia di congelare le politiche sociali allo stato attuale, come sostanzialmente prevedibile in attuazione del federalismo fiscale; i debiti che gravano sui bilanci delle regioni del sud rischiano di far rinviare ogni possibile percorso di potenziamento della rete dei servizi sociali e di riequilibrio fra sanità e sociale; le varie forme di egoismo istituzionale, presenti in molte espressioni del federalismo fiscale, rischiano di favorire soluzioni che nella migliore delle ipotesi potranno essere regionali, quando il problema del mezzogiorno è un problema nazionale; il Libro Bianco sul nuovo welfare del ministro Sacconi sembra puntare più sullo sviluppo di un sistema a più pilastri (con forme integrative di assistenza) e sul valore del dono e della carità, che sul riconoscimento dei diritti³.

Ma alcune esperienze positive sembrano prefigurare la lenta diffusione di percorsi virtuosi: la crisi può essere una opportunità da non sprecare; a tal fine siamo tutti chiamati a mettere a disposizione le nostre capacità e a vigilare sulle possibili deviazioni. □

Note

1 Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ruef, Relazione Unificata Economia e Finanza Pubblica, Roma, 2010.

2 Oecd (2009), *Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators*.

3 Nerina Dirindin, *Il Libro Bianco sul nuovo Welfare*, in *Politiche sanitarie*, vol. 10, n. 3.