

NUOVI

argomenti

Mensile del **Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia**

Numero 8/10 • Agosto-Ottobre 2014

Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

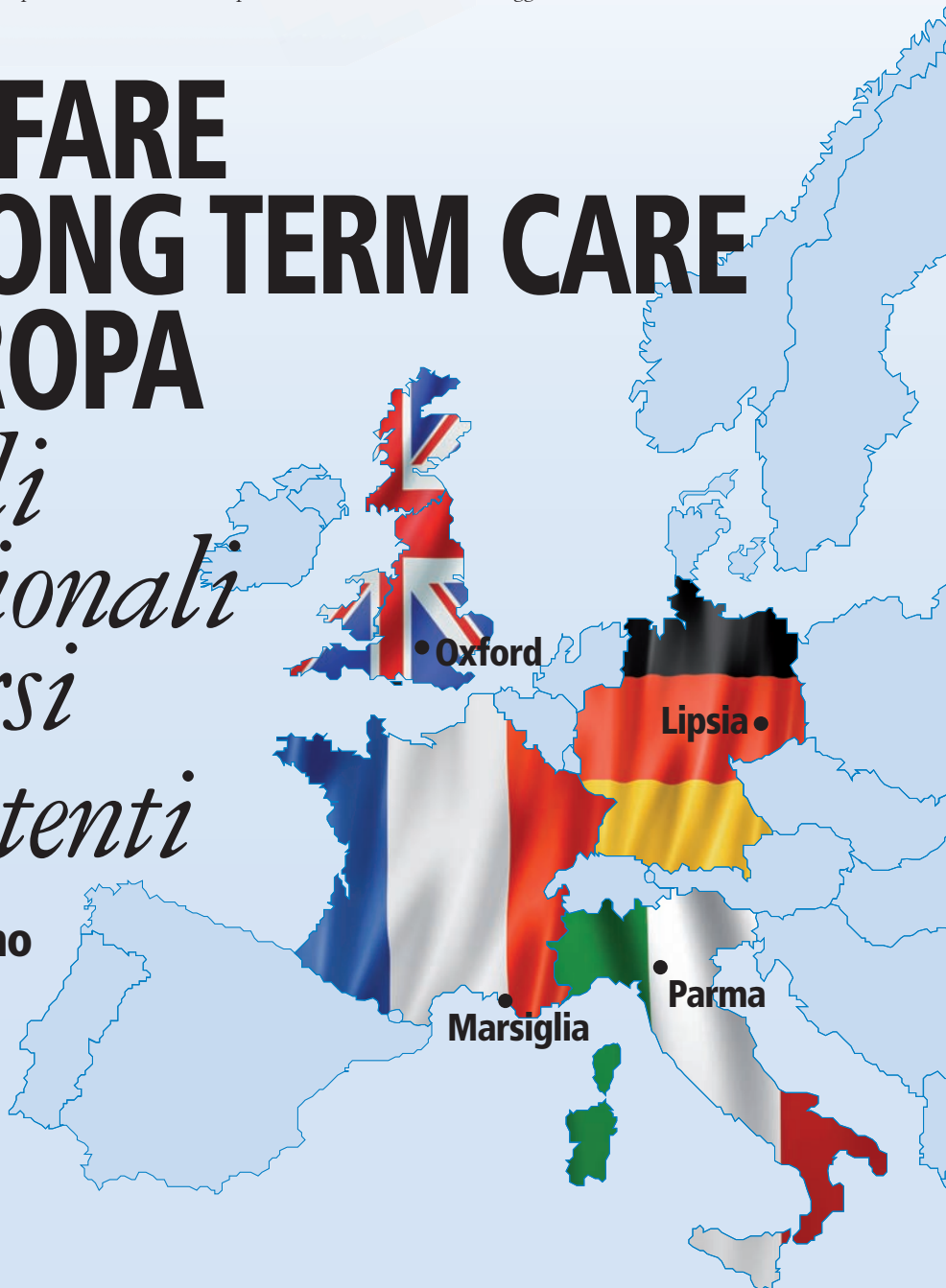
IL WELFARE E LA LONG TERM CARE IN EUROPA

*Modelli
istituzionali
e percorsi
degli utenti*

Atti del convegno



Lombardia



Sommario

- 2** **Introduzione**
Il Welfare e la Long Term Care
in Europa
- 3** Guardare all'Europa per far crescere
il sistema italiano
Claudio Dossi
- 6** Metodo di lavoro per l'analisi
dei sistemi di welfare
Giovanni Fosti
- 9** **SISTEMI E PROFILI DI WELFARE
E LONG TERM CARE A CONFRONTO
IN QUATTRO PAESI EUROPEI**
- 10** Il quadro sinottico comparativo
dei livelli di welfare nei quattro paesi
Andrea Rotolo
- 16** Gestione dei servizi,
meccanismi di governo
Elisabetta Notarnicola
- 26** Lezioni da imparare dai quattro casi
in analisi
Stefano Tasselli
- 32** Dalle prestazioni ai servizi,
dall'erogazione alla connessione,
dal deliberato all'emergente:
verso un nuovo paradigma?
Giovanni Fosti

Errata corrige

Nel numero scorso dedicato al tesseramento a pagina 29 nell'articolo a firma Anna Milani c'è un refuso di cui ci scusiamo sia con l'autrice che con i lettori. Il primo periodo, infatti, non fa parte del testo inviato da Milani, che correttamente inizia con "Quante volte ci poniamo questa domanda?".

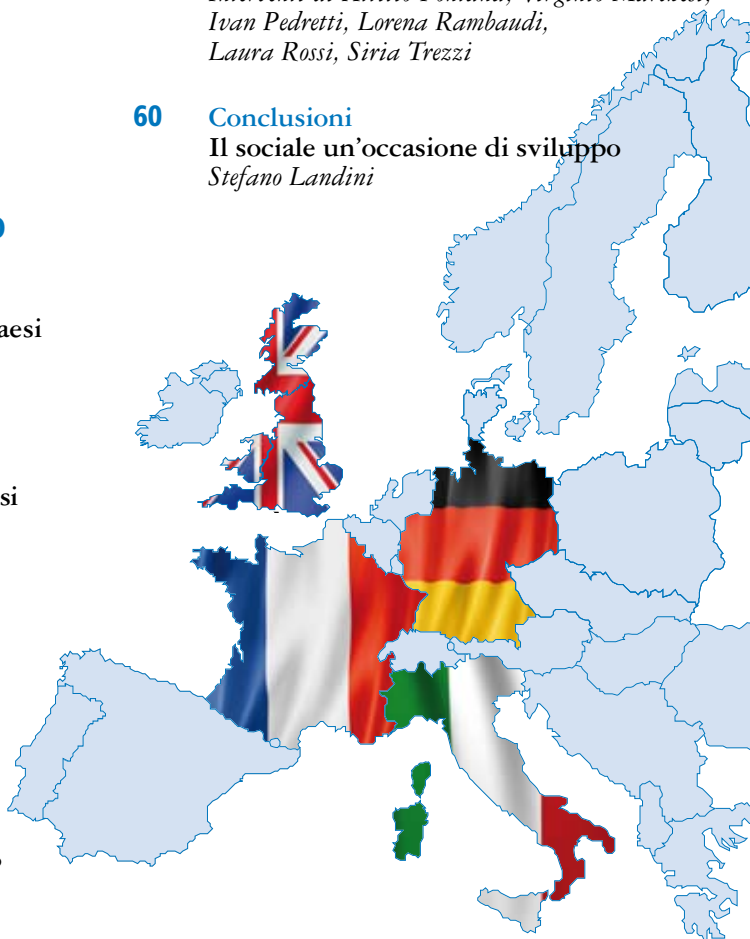
43 **IL DIBATTITO**

44 **Gli enti locali promotori del nuovo welfare**

*Dibattito coordinato da Francesco Longo.
Interventi di Attilio Fontana, Virginio Marchesi,
Ivan Pedretti, Lorena Rambaudi,
Laura Rossi, Siria Trezzi*

60 **Conclusioni**

Il sociale un'occasione di sviluppo
Stefano Landini



Nuovi Argomenti Spi Lombardia

*Pubblicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia*

Numero 8/10 • Agosto-Ottobre 2014

Direttore responsabile: Erica Ardentì

Editore: Mimosa srl unipersonale, Presidente Carlo Poggi

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo euro 2,00

Abbonamento annuale euro 10,32

Introduzione

IL WELFARE E LA LONG TERM CARE IN EUROPA

L'innalzamento dell'aspettativa di vita con il conseguente aumento di patologie croniche e della non autosufficienza tra la popolazione adulta e anziana, il bisogno di dare risposte attraverso una maggiore copertura offerta dal sistema di welfare cui fa, però, da contrappeso una revisione della spesa pubblica sono fattori che hanno fatto sì che il dibattito su non autosufficienza e Long term care sia diventato centrale non solo in Italia ma in buona parte degli stati europei.

Quelli che in questo numero di *Nuovi Argomenti* pubblichiamo sono gli atti del convegno organizzato dallo Spi Lombardia e dal CeRGAS Bocconi in occasione della presentazione della parte conclusiva della ricerca dedicata, appunto ai sistemi di welfare in Europa e centrata su quattro paesi, Italia, Francia, Regno Unito e Germania.



I sistemi di welfare nei loro aspetti più generali erano stati oggetto di studio nella prima parte della ricerca, il materiale relativo a questa parte lo potete reperire sul sito www.spicgillombardia.it nella parte dedicata alle pubblicazioni facendo riferimento al n. 3/4 marzo-aprile 2013 di *Nuovi Argomenti*. Nella seconda parte della ricerca, cui fa riferimento questo numero, si analizzano invece le caratteristiche dei sistemi di offerta dei servizi per la non autosufficienza in quattro città

europee: Marsiglia (Francia), Lipsia (Germania), Parma (Italia), Oxford (Regno Unito). Ambedue le parti sono state pubblicate nel volume *Il Welfare e la Long Term Care in Europa – Modelli istituzionali e percorsi degli utenti* a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola, edizioni Egea, che potete richiedere a Spi Cgil Lombardia. ■

GUARDARE ALL'EUROPA PER FAR CRESCERE IL SISTEMA ITALIANO

Claudio Dossi *Segretario Spi Cgil Lombardia*

Stiamo vivendo uno dei periodi più difficili della storia della nostra Repubblica, caratterizzata da una crisi economica che, da episodica, si è trasformata in strutturale e che ormai da otto anni sta mettendo alla prova la tenuta del nostro sistema di welfare e la base stessa della coesione sociale. Tutto ciò ci impone di proporre per tempo nuovi modelli di welfare che sappiano rispondere alle esigenze di un paese in cui la povertà è sempre più diffusa.

Per questo, gettare lo sguardo verso l'Europa e verso quei modelli sociali che sono stati sottoposti a significativi processi di rinnovamento rendendoli più adeguati ai bisogni emergenti, è a nostro avviso un dovere. Basta leggere le principali riforme fatte in Germania nel '94 nel 2002 e nel 2008, oppure quelle della Francia nel '97 nel 2001 e nel 2007. La Francia che nel 2003 aveva introdotto la Giornata della Solidarietà, ovvero una giornata di lavoro non retribuito da parte di tutti i lavoratori, e in egual misura un versamento da parte delle imprese proprio a favore delle politiche per la disabilità e la non autosufficienza.

Al contrario nel nostro paese negli ultimi quindici anni sono mancate riforme incisive finalizzate e ridisegnare l'intervento pubblico in materia di welfare sociale ed è mancata, a nostro avviso, la cabina



di regia. Nelle ultime legislature l'interesse dedicato alle politiche della non autosufficienza è stato modesto.

In questo contesto non stupisce che le persone e le famiglie siano legate all'indennità di accompagnamento. La monetizzazione ha infatti rappresentato l'unico diritto esigibile in caso di dipendenza grave. Questa prestazione monetaria ha consentito e consente ancora oggi

di coprire, almeno in parte, i costi dell'assistenza privata spesso impiegati nell'economia sommersa senza che soggetti pubblici e privati, profit e non-profit, siano riusciti ad articolare una proposta più convincente ed alternativa al ricorso al sommerso.

Ancor più grave se si tiene conto del fenomeno collegato a questa realtà è l'aumento delle patologie croniche, soprattutto nel gruppo dei grandi anziani e dei relativi costi. Un fenomeno che va collegato al rapido processo di invecchiamento della popolazione dovuto sicuramente a un miglioramento dell'aspettativa di vita ma anche al prevedibile raddoppio nei prossimi dieci anni del numero di persone che arriveranno all'età della pensione.

Tutti questi processi chiedono un forte incremento della capacità di risposta e di tutela del sistema di welfare del paese chiamato inoltre a dover formulare processi di forte innovazione, a fronte di un calo non solo del Pil ma soprattutto

del lavoro e dell'aumento dei giovani che spesso rimangono disoccupati per lunghi periodi.

Come sindacato pensionati da tempo stiamo dibattendo questi temi al fine di proporre analisi e proposte alla politica del Paese a partire da quelle regionali, in una sfida che ci deve vedere sicuramente attivi e protagonisti del cambiamento. Per questo in collaborazione con le università (in questo caso con la Bocconi) siamo in campo per analizzare e proporre anche strade nuove e un utile contributo siamo sicuri possa venire dalle due ricerche fatte su questi temi con il CeRGAS.

Con loro abbiamo condiviso di fare una ricerca che alzasse lo sguardo per contribuire al dibattito sul welfare attraverso la lettura di quanto accade anche in altri paesi come Francia, Germania e Regno Unito con un approfondimento specifico sulla long term care. Questi sono i paesi con cui il confronto ci è sembrato particolarmente significativo; ci è sembrata interessante anche la metodologia utilizzata che raggruppava la spesa per funzioni in modo da renderle comparabili nei diversi stati e, soprattutto, l'analisi dei perimetri in cui accorpate le sette aree di spesa analizzate: le pensioni, gli interventi di tutela della salute, gli interventi legati alle politiche del lavoro, gli interventi legati alle politiche abitative, gli interventi legati alle famiglie e ai minori, quelli legati all'esclusione sociale e alla povertà e infine legati alla long term care e alla disabilità.

Tutto questo per me sono letture che attraverso i dati di spesa riletti per ognuno dei paesi considerati porta a esprimere valutazioni in merito alle diverse quantità di risorse impiegate nei quattro paesi analizzati, emerge con evidenza come il nostro sistema di welfare disponga di risorse più limitate di quelle degli altri paesi governati in modo più centralizzato e con una maggior quota di trasferimenti finanziari.

Con la nuova analisi che verrà presentata oggi ci si è spinti oltre arrivando a una lettura più in micro del sistema collegandola alla realtà di quattro diverse città europee: Marsiglia, Lipsia, Parma, Oxford; l'analisi dei sistemi integrata dall'analisi dei percorsi di fruizione dei servizi da parte degli anziani. Una lettura, quindi, più puntiforme ma al tempo stesso molto più utile rispetto alla necessità di comprendere quali modelli di welfare prevedere per il futuro in un contesto che verrà ulteriormente

a modificare le condizioni di vita delle persone che noi rappresentiamo come sindacato. Saremo infatti in presenza di risorse sempre più esigue e con una percentuale di persone anziane – soprattutto dei grandi anziani – in forte aumento.

Ci sembra perciò vincente l'idea proposta nella ricerca di analizzare nelle quattro città europee prese a campione come una persona non autosufficiente venga presa in carico dai servizi sociali e socio sanitari, rispetto a un bisogno espresso. Come funziona la presa in carico e come funzionano i servizi nei vari contesti e rispetto alle diverse risorse economiche ricevute e definite dalle varie policy locali. L'Italia è sicuramente in ultima posizione, penalizzata soprattutto a causa di quella pietra al collo che è l'evasione fiscale, un sommerso che sottrae al sistema welfare un potenziale di circa 200 miliardi di euro l'anno.

Nell'attuale situazione economica, quella contro gli evasori è una battaglia persa, se non si ha il coraggio di porre in campo vere riforme, a partire da quella fiscale, oltre ad una semplificazione di una serie di norme burocratiche che creano lungaggini e spesso impunità per chi evade. Manca inoltre un sistema giudiziale all'altezza della sfida che dia la certezza della pena per chi evade.

È dalle realtà comunali che bisogna partire investendo i sindaci di questa responsabilità, loro è la conoscenza del territorio e la vera svolta deve venire da una diversa etica di governo dello stesso.

Vorremmo anche cogliere una sollecitazione che venne nello scorso convegno, dal professor Gori che ci chiedeva quale fosse il sistema di welfare che al di là dei risultati macro economici desse il massimo di soddisfazione per gli utenti assistiti. Vorremmo fare nostra questa lettura, infatti il miglior indicatore del sistema di welfare più adatto alla popolazione che rappresentiamo, non può essere disgiunto dalla soddisfazione dell'utenza, pena creare un sistema efficiente ed efficace ma per niente rispondente alle legittime aspettative delle persone. Per questo non ci sentiamo di condividere quella sorta di spersonalizzazione del sistema che le necessità economiche spesso sembrano suggerire. Per esempio le Rsa spesso vengono lette come solo processo industriale, per noi andrebbe letto anche l'aspetto della cura più complessiva dell'utente con una lettura attenta alla umanizzazione del sistema. Vanno favoriti modelli attenti alla persona perché



si affermino modalità in cui alle persone anziane sia permesso vivere all'interno della propria realtà, anche se questo richiede un ricevere assistenza in maniera continuativa. Per questo bisogna fare in modo che le risorse non vengano sprecate ma trovino a loro volta una dimensione atomizzata.

La frammentazione delle risorse è un problema diffuso, ma in Italia particolarmente critico per almeno due ragioni: sia perché da noi è più elevata sia perché abbiamo meno risorse. Per questo da tempo chiediamo il potenziamento di tutta l'area delle cure intermedie a partire da quelle domiciliari, la creazione di Centri unici di presa in carico del bisogno a direzione pubblica, la realizzazione delle case della salute e la creazione di un Fondo regionale riconoscibile per finanziare le politiche a tutela delle persone non autosufficienti o affette da patologie gravi e gravissime. Su questo in Regione Lombardia qualche timido passo in avanti si intravede.

I modelli per vincere questa sfida ci sono e sono vincenti anche da un punto di vista economico e verranno qui proposti attraverso appunto la ricerca. Nuovi orizzonti per il welfare si potranno concretizzare solo se le persone diventano di nuovo protagoniste di scelte libere sulla loro vita, che puntino alla valorizzazione e al sostegno dell'autonomia individuale e se, sul territorio gli attori territoriali metteranno in campo con le istituzioni i livelli di welfare partecipati e inclusivi. Occorre dunque un vero cambio di paradigma che porti davvero la persona al centro del sistema. Un com-

posito impegnativo e gravoso, ma che come Spi da tempo abbiamo assunto come centrale in tutte le iniziative che intendiamo intraprendere.

Il tema dei diritti e la tutela sono da sempre al centro della negoziazione sociale che conduciamo sia livello nazionale che regionale che locale, nella piena convinzione che vada garantito l'accesso universale ai servizi. È questo lo strumento più idoneo a migliorare la qualità della vita delle persone; la gratuità degli stessi servizi è comunque un valore da difendere se collegato ai temi della salute, così come la compartecipazione alla spesa va commisurata alle capacità reali delle persone di contribuire anche con l'utilizzo di strumenti di equità come il nuovo indicatore Isee nazionale.

In questo quadro la lotta all'evasione fiscale rimane centrale per la garanzia dell'intero sistema di welfare perché nulla può essere considerato e scontato e per sempre, ma diversamente deve avere la necessaria duttilità per adeguarsi ai contesti e alla domanda dei bisogni che mutano.

Il quadro che emerge dalla ricerca permette di mettere in discussione alcuni punti che vengono dati spesso scontati nel dibattito, ed evidenzia l'esigenza di un pensiero e una capacità progettuale più aperti e più orientati alla innovazione per potersi confrontare con problemi che sono comunque molto complessi e difficili da affrontare per ognuno dei quattro paesi analizzati.

Gli spunti, che questa ricerca ci consegna, saranno senza dubbio utili a costruire proposte più avanzate di cui abbiamo tanto bisogno. ■

METODO DI LAVORO PER L'ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

Giovanni Fosti *CeRGAS, Università Bocconi*

Siamo grati allo Spi Cgil per la disponibilità che ha manifestato nell'accettare la proposta di uno schema di lavoro che non si limita a una lettura di policy macro ma indaga anche "sotto la pelle" dei servizi, all'interno di una comparazione internazionale di tipo qualitativo oltre che quantitativo. Dirò pochissime cose sul metodo, nel testo *Il Welfare e la Long Term Care in Europa* abbiamo dato una documentazione ampia di come abbiamo lavorato. Il testo è articolato in tre parti che corrispondono alla discussione che faremo oggi e che corrispondono anche al metodo di lavoro che abbiamo utilizzato.

Nella prima parte c'è una comparazione macro tra i quattro paesi e i relativi modelli di welfare, in cui si sviluppa un'analisi della spesa all'interno dei paesi, cercando di comprendere quanto spendono i diversi paesi, sia in termini assoluti sia in rapporto al proprio Pil, come articolano la propria spesa tra differenti ambiti di intervento (cioè a cosa danno più o meno importanza), come collocano le risorse tra le diverse aree di spesa. Tutto questo cercando di leggere non solo quante risorse vengono utilizzate ma anche qual è l'assetto con cui queste risorse vengono governate. Quindi, l'analisi "macro" voleva leggere due aspetti: quante sono le risorse e come vengono utilizzate, ma anche quali sono i modelli di governo di



queste risorse all'interno dei quattro paesi e, di questo, verrà dato conto nell'intervento dei miei colleghi.

Nella seconda parte della ricerca abbiamo analizzato i percorsi degli utenti all'interno dei servizi in quattro città dei quattro paesi.

Non vorrei lasciare campo ad equivoci: forse è un obiettivo apparentemente molto poco ambizioso, ma abbiamo let-

to quattro città senza avere la pretesa che queste fossero rappresentative dei paesi.

L'ipotesi è esattamente l'opposto e cioè che ci sia uno straordinario spazio di decisione nei processi di micro progettazione dei servizi tale per cui è utile confrontare le modalità con cui – dentro quattro tracciati istituzionali differenti e modelli di allocazione differenti delle risorse, costituiti dai modelli di quattro paesi – ognuna delle quattro città ha giocato i propri spazi di autonomia.

Andare a leggere che scelte hanno fatto, che problemi hanno avuto, che vantaggi hanno ottenuto, che tipo di posizionamento si sono dati i servizi e, soprattutto, quali sono i meccanismi prevalenti di ricomposizione rispetto ai meccanismi prevalenti di frammentazione, è ciò che noi abbiamo cercato di mettere a fuoco.

Perché abbiamo messo l'attenzione soprattutto sulle dinamiche di frammentazione e di ricomposizione? Siamo convinti che il modo in cui

sono configurati i servizi sia uno degli elementi fondamentali che orientano la maggiore o minore possibilità di accesso di alcune tipologie di utenti rispetto ad altre: in base a come si disegna il servizio qualcuno accede e qualcuno no, definendo sul crinale tra chi accede e chi non accede la maggiore o minore equità dei sistemi di welfare.

Siccome il modello di disegno del servizio è talmente rilevante e, quanto più alta è la frammentazione, tanto più i percorsi di accesso rendono difficile ad alcuni utenti accedere, mentre lo rendono più facile ad altri utenti, ci sembrava fondamentale mettere a fuoco le modalità con cui nei territori nelle quattro città sono stati progettati i servizi.

Cercheremo poi di proporvi alcune considerazioni mostrandovi in prima istanza qual è la modalità e il funzionamento dei quattro modelli di welfare e quali sono le scelte di governance; in seconda battuta quali sono i modelli di funzionamento nelle quattro città leggendo sostanzialmente due elementi: uno è quello delle fasi che gli utenti attraversano nei servizi e, quindi, cosa succede quando un utente ha un primo contatto coi servizi, cosa succede quando si apre la fase di

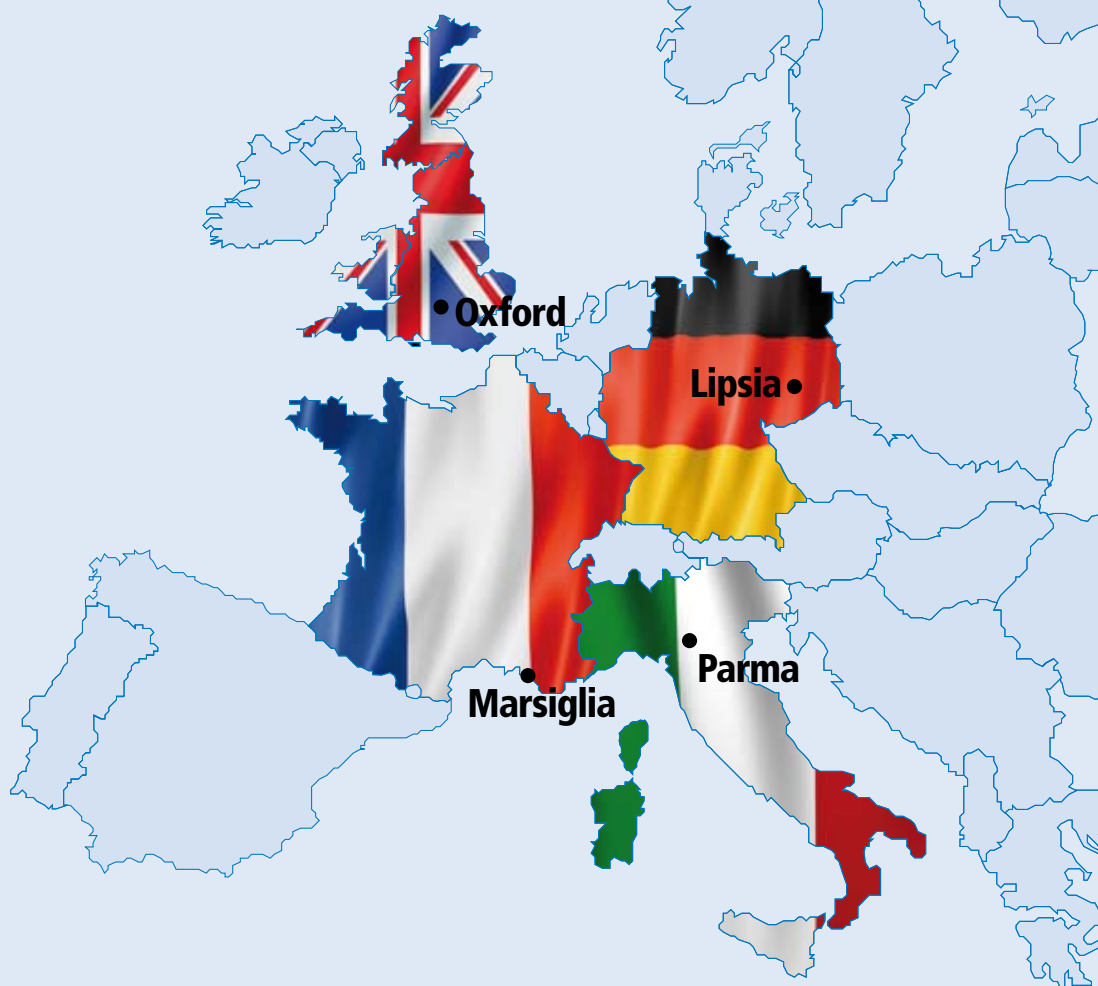
valutazione e di selezione agli accessi, come viene disegnato il piano di cura e quali sono le modalità con cui avviene l'erogazione dei servizi e, in particolare, il rapporto tra l'utente e i soggetti erogatori pubblici o privati.

Abbiamo analizzato queste quattro fasi incrociandole con il funzionamento e la progettazione delle micro leve di service management cioè delle leve con cui si configura nel micro il disegno e la progettazione dei singoli servizi che poi verranno illustrati dai miei colleghi.

Dopo questa presentazione, che ha l'obiettivo di mostrarvi sia gli assetti macro sia l'enorme spazio strategico che risiede nella dimensione micro, cercheremo di fare insieme un ragionamento su quali sono le prospettive che si aprono – dal punto di vista delle policy e dal punto di vista del management – leggendo il posizionamento del sistema italiano in controluca rispetto a quello degli altri sistemi europei, e leggendo le possibilità di micro progettazione che, nel tracciato istituzionale determinato dal sistema di welfare italiano, si aprono per i soggetti che nei singoli contesti territoriali concorrono alla definizione dei servizi per i propri cittadini nell'ambito della long term care. ■



SISTEMI E PROFILI DI WELFARE E LONG TERM CARE A CONFRONTO IN QUATTRO PAESI EUROPEI



IL QUADRO SINOTTICO COMPARATIVO DEI LIVELLI DI WELFARE NEI QUATTRO PAESI

Andrea Rotolo *CeRGAS, Università Bocconi*

I dati che vi presentiamo sono il frutto di un percorso durato due anni, abbiamo quindi cercato di selezionare quelli che, secondo noi, sono i messaggi più importanti, più significativi e soprattutto gli spunti di riflessione più interessanti anche per gli interventi che seguiranno.

La nostra presentazione ripercorrerà lo schema del percorso di ricerca che, come diceva

Giovanni Fosti, è partito da un'analisi a livello macro di quattro paesi: Francia, Germania, Italia e Regno Unito. Abbiamo cercato di definire le caratteristiche dei sistemi di welfare andando ad analizzare la spesa, come questa veniva ripartita tra i diversi interventi e come erano caratterizzati questi interventi per poi fare un approfondimento sul sistema di long term care, quindi sulla non autosufficienza.

Anche in questo caso abbiamo fatto un approfondimento sulla tipologia dei servizi, sulle competenze, su come queste vengono ripartite tra i diversi livelli istituzionali e tra i diversi interventi e alla fine abbiamo messo insieme tutte le informazioni per elaborare dei ragionamenti sul tasso di copertura rispetto al bisogno; accanto a questi abbiamo fatto anche alcune considerazio-



ni sull'intensità assistenziale che viene fornita agli utenti in ciascuno di questi paesi.

Successivamente, gli interventi dei miei colleghi Elisabetta Notarnicola e Stefano Tasselli si concentreranno maggiormente sulla parte micro, cioè sull'approfondimento che abbiamo condotto su quattro città. Sono ovviamente quattro esperienze e quattro casi che non hanno la pretesa di essere

una generalizzazione, ci hanno però consentito di analizzare nel dettaglio le caratteristiche del percorso di presa in carico degli utenti di erogazione dei servizi, indagando inoltre le principali leve manageriali di gestione di questi percorsi. **(slide 3 pag. 13)**

La prima tabella, in particolare la prima riga, mostra la spesa pubblica per il welfare calcolata come percentuale rispetto al Pil di ciascun paese. Il paese che spende più risorse è la Francia con circa il 32,7%; gli altri paesi Germania, Italia e Regno Unito sono tutti intorno al 26-27%: la Germania ha il 28% l'Italia ha il 27% e il Regno Unito ha il 26%, quindi stiamo parlando di ordini di grandezza in termini percentuali rispetto al Pil non molto dissimili fra loro.

Un altro dato sul quale vorremmo richiamare

l'attenzione e che, invece, segna una certa differenza tra gli altri paesi e il nostro è quello indicato nella seconda riga, cioè la spesa pubblica per rimborsare gli interessi sul debito pubblico: mentre gli altri paesi oscillano tra il 2,5% della Germania e il 3,2% del Regno Unito, l'Italia come sappiamo ha un debito più imponente e, quindi, ogni anno impiega il 4,8% delle risorse per rimborsare gli interessi. Questo è un elemento di sfondo da tenere comunque ben presente.

A partire da questi dati abbiamo approfondito come questa spesa pubblica per il welfare fosse ripartita tra le diverse tipologie di intervento.

(slide 4 pag. 14)

Nella prima riga trovate, sempre in termini percentuali, quanta di questa spesa venga impiegata per interventi relativi alla long term care, quindi per la non autosufficienza e invalidità.

In questo caso possiamo notare come il paese che spende di più sia il Regno Unito con il 13%, segue la Germania con il 10,16%, la Francia con l'8,4%, l'Italia è quella che spende un po' meno, il 7,9%.

Anche in questo caso abbiamo deciso di richiamare solamente gli elementi più interessanti che segnano le differenze più marcate tra i quattro casi. Ad esempio, possiamo notare come alcuni paesi come la Francia e la Germania, che tipicamente sono molto più attenti alle politiche per la famiglia e per i minori, spendano di più per questo tipo di servizi: abbiamo circa il 9% per la Francia e l'11% per la Germania; l'Italia all'opposto spende solo il 3% per questo tipo di politiche.

La voce senza dubbio più rilevante – questo vale per tutti i paesi – è quella delle pensioni che trovate a metà di questa slide.

Sicuramente è la componente più rilevante di tutti e quattro i sistemi di welfare. La Francia ha il 42,5%, la Germania ha il 40,2% e il Regno Unito ha il 35,92%. L'Italia è quella che tra tutte spende di più per pensioni, siamo al 53,22%, quindi più della metà del totale della spesa di welfare viene impiegato per la partita previdenziale.

È opportuno specificare che, in questo caso, per pensioni intendiamo esclusivamente le pensioni vere e proprie, cioè quelle di anzianità e “reversibilità”, quindi la previdenza in senso stretto.

L'entità della spesa sanitaria è uno dei temi che ricorre nel dibattito italiano perché spesso si dice che “dovrebbe essere ridotta”. Notiamo però che tra i quattro paesi analizzati l'Italia è quella con la spesa sanitaria in termini percentuali inferiore, il 21%, che è, ad esempio, di circa dieci punti percentuali inferiore a quella della Germania.

Un ultimo elemento di attenzione è quello sulle politiche abitative alle quali ciascun paese dedica un ammontare ristretto di risorse, però anche qui l'Italia si distingue perché destina a questo tipo di politiche solo lo 0,09%.

Un ulteriore livello di approfondimento è quello sulla non autosufficienza. **(slide 5 pag. 14)**

In questo caso prendiamo in considerazione tutti gli interventi per la non autosufficienza degli anziani e l'invalidità (disabilità delle persone adulte).

Il primo totale, quello che è evidenziato in verde chiaro, mostra in termini assoluti che la Francia spende circa 841 Euro pro-capite, la Germania 912, l'Italia 558 e il Regno Unito 963: dunque in termini assoluti l'Italia è quella che spende meno sulla partita della non autosufficienza.

È però altrettanto interessante notare come questa spesa si articoli tra i diversi livelli. In particolare se risaliamo la tabella e ripartiamo dalla prima riga, la spesa degli enti locali è molto ridotta in Italia dove spesso si parla del “welfare delegato” o, comunque, in carico principalmente agli enti locali, dove stiamo parlando di soli 56 Euro pro-capite. Ha invece un peso più rilevante in paesi come il Regno Unito (367 Euro) e la Germania (277 Euro).

La seconda riga indica la spesa sanitaria, quindi tutti quegli interventi di tipo socio-sanitario per questo tipo di categoria di utenza. Anche qui è possibile riscontrare come ci siano paesi come la Francia e il Regno Unito che destinano più di 350 Euro pro-capite e paesi come la Germania che, invece, hanno fatto una scelta di tipo opposto destinando solo 16 Euro pro-capite, mentre l'Italia attribuisce circa 191 Euro alla parte sanitaria.

La riga senza dubbio più rilevante per l'Italia, e non solo, è la spesa per la sicurezza sociale.

In questo caso si fa riferimento a tutti i benefici per l'invalidità, i programmi assicurativi per la



long term care, gli assegni per disabilità e invalidità. Per intenderci, l'indennità di accompagnamento dell'Inps rientra in questa voce. La Germania in assoluto è quella che spende di più, 619 Euro, questo per il particolare sistema articolato per casse mutue che punta molto su questo tipo di trasferimenti. Francia e Italia sono entrambe attorno ai 300 Euro, in particolare in Italia – se lo rapportiamo al totale di 558 Euro – stiamo parlando di più della metà delle risorse che vengono dalla spesa per sicurezza sociale e quindi principalmente da trasferimenti monetari per la maggior parte erogati dal livello centrale.

Sulla riga che è evidenziata in azzurro trovate la stima della spesa out-of-pocket. Questa spesa out-of-pocket deve essere intesa come la spesa out-of-pocket vera e propria, cioè le risorse che le famiglie impiegano in maniera autonoma già depurata di eventuali trasferimenti pubblici. Quindi, per fare un esempio concreto, questa stima esclude le indennità di accompagnamento e calcola solo le risorse proprie delle famiglie.

L'ultima riga è invece quella del totale della spesa pubblica e della spesa privata destinata alla long term care. È possibile notare come l'Italia anche da questo punto di vista risulti molto più indietro rispetto agli altri paesi: la Francia è sui circa 1.200 Euro, mentre Germania e Regno Unito sono attorno ai 1.000 Euro, l'Italia si attesta invece a circa 600 Euro pro-capite.

L'ultima parte del ragionamento che vi presentiamo è quella sui tassi di copertura. **(slide 6 pag. 15)**

Per calcolare i tassi di copertura ci siamo focalizzati in questo caso solo sugli anziani non autosufficienti, tralasciando i dati sulla disabilità. Abbiamo considerato il numero di anziani over 65 in ciascuno di questi quattro paesi, successivamente abbiamo rilevato il tasso di prevalenza che viene utilizzato per stimare in ciascuno di questi quattro paesi la popolazione non autosufficiente, riscontrando alcune interessanti differenze.

Come è possibile notare dalla seconda riga, i paesi utilizzano dei tassi di prevalenza sensibilmente diversi. La Francia stima che di tutti gli anziani oltre i 65 anni i non autosufficienti siano il 23,62%, la Germania il 30,27%, l'Italia il 18,5% e il Regno Unito il 23,05%.

Questo vuol dire che in Italia probabilmente utilizziamo dei criteri che sono più stringenti rispetto agli altri paesi.

Successivamente abbiamo stimato la quota di non autosufficienti in ciascuno dei quattro paesi. Prima l'abbiamo fatto utilizzando il tasso di prevalenza di ciascun paese, quindi per la Francia abbiamo utilizzato il 23,62%, per la Germania il 30,27%, per l'Italia il 18,5%. In Italia sono risultati circa 2.275.000 anziani non autosufficienti, mentre in Germania parliamo di circa 5.000.000, proprio per questa differenza non solo nella popolazione di partenza ma anche nel tasso di prevalenza.

Successivamente – come esercizio che ci è stato utile per fare poi delle considerazioni finali – abbiamo provato a calcolare la percentuale di non autosufficienti ma utilizzando il tasso di prevalenza italiano: quindi nel caso italiano la stima rimane invariata a 2.275.000, mentre in Germania diventano 3.000.000 e in Francia 2.439.000, mentre nel Regno Unito circa 2.000.000.

Fatto questo passaggio, abbiamo calcolato il numero di utenti inclusi in qualche tipo di programma per la long term care, ossia tutti gli utenti che ricevevano un qualche tipo di servizio.

Per alcuni paesi e nello specifico per l'Italia purtroppo non è possibile calcolare il numero esatto di teste che ricevono dei servizi, quello che è possibile fare è contare il numero di prestazioni.

Questo significa che se una famiglia riceve una indennità di accompagnamento e allo stesso tempo un altro tipo di servizio dal livello locale,

c'è la possibilità che lo stesso utente venga contato due volte e, quindi, c'è il rischio di un doppio conteggio.

Fatta questa premessa, abbiamo calcolato nei vari paesi il numero potenziale di utenti presi in carico: è risultato che in Francia sono circa 1.200.000, in Germania 2.041.000, in Italia 2.220.000 e nel Regno Unito 1.300.000.

Riportando questi numeri in termini percentuali, nella prima riga viene evidenziato il risultato ottenuto utilizzando il tasso di prevalenza italiano, quindi quello più stringente: l'Italia avrebbe un tasso di copertura del 97%, mentre la Germania si attesterebbe al 61,12%, la Francia al 49% e il Regno Unito al 70,4%.

Nell'ultima riga è possibile leggere i tassi di copertura, calcolati considerando i tassi di prevalenza di ciascun paese. È possibile notare come le percentuali per i paesi come Francia, Germania e Regno Unito diminuiscano ulteriormente: mentre l'Italia, ovviamente, rimane al 97%, in Francia si passa al 38%, in Germania al 40% e in Francia al 56%.

Alla luce di questi tassi di copertura, sia che li

leggessimo con un tasso di prevalenza specifico del singolo paese, sia con il tasso di prevalenza italiano, abbiamo fatto un'ultima considerazione che è quella sulla intensità assistenziale. **(slide 7 pag. 15)**

Ci siamo chiesti quale fosse effettivamente l'intensità che riceve ciascun utente in questi paesi. Per farlo, abbiamo utilizzato una proxy che è quella della spesa per assistito.





L'ultima riga, quella della spesa mensile per assistito mostra che la Francia ha una spesa mensile per assistito di 2.123 Euro, la Germania di 2.528 Euro, il Regno Unito di 2.372 mentre l'Italia ha 1.013 Euro.

Questo vuol dire che probabilmente in Italia è stata fatta una scelta: dare sensibilmente di meno ma a una parte di popolazione più ampia, mentre negli altri paesi è stato scelto di dare di più a una parte più ristretta.

Oppure, volendo vederla da un altro punto di vista, qualcuno potrebbe dire che in Italia si è scelto di non scegliere, cioè pur di non decidere quali fossero i target che meritassero una intensità maggiore, si è deciso di dare tutto a tutti. ■







3 - LA SPESA PUBBLICA NEI QUATTRO PAESI

				
% del PIL				
SPESA PUBBLICA DI WELFARE	32,7%	28,4%	27,1%	26,3%
SPESA PUBBLICA PER RIMBORSARE GLI INTERESSI SUL DEBITO PUBBLICO	2,6%	2,5%	4,8%	3,2%
SPESA PUBBLICA PER ALTRE FUNZIONI	20,6%	14,0%	18,6%	22,4%
SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA	55,9%	44,9%	50,6%	51,9%
SPESA PRIVATA	44,1%	55,1%	49,4%	48,1%
PIL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FONTI: Cergas Elaborazione di "National accounts, Eurostat-2011"; "Rapporto: Elementi per una revisione della spesa pubblica, di Paolo Giarda - 2012" (Italia); "UK National Accounts at UK National Statistics 2011" (Inghilterra); "Finances Publique, Insee -2011" (Francia); "Public finances and taxes, Destatis -2011" (Germania)







4 - L'ARTICOLAZIONE DELLA SPESA PER IL WELFARE

				
Non autosufficienza e Invalidità	8,40%	10,16%	7,91%	13,19%
Interventi per famiglie e minori	8,98%	11,07%	3,10%	6,66%
Interventi per esclusione sociale e povertà	2,39%	0,21%	5,26%	7,19%
Pensioni	42,50%	40,29%	53,22%	35,92%
Spesa Sanitaria	26,41%	31,60%	21,74%	33,53%
Lavoro, Disoccupazione e Incidenti sul lavoro	8,7%	4,65%	8,69%	2,32%
Politiche abitative	2,62%	2,05%	0,09%	1,19%
Spesa complessiva per il Welfare	100%	100%	100%	100%

FONTI: Cergas Elaborazione di "Bilancio sociale INPS - 2010", "Istat - 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali - 2009", "Bilancio INAIL - 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat - 2010" (Italia); "HM Treasury Data 2011"; "Public spending data UK 2011", "Work and Pension Department 2011", "UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011", "UK National Accounts at UK National Statistics 2011" (Inghilterra); "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis" (Germania)



5 - LA SPESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA





Spesa per la non autosufficienza, euro pro capite				
Spesa degli enti locali	€ 150	€ 277	€ 56	€ 367
Spesa sanitaria	€ 368	€ 16	€ 191	€ 370
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 323	€ 619	€ 311	€ 226
Spesa pubblica complessiva	€ 841	€ 912	€ 558	€ 963
Spesa out-of-pocket stimata (*)	€ 356	€ 81	€ 40	€ 208
Spesa pubblica complessiva + out-of-pocket	€ 1.197	€ 993	€ 598	€ 1.171

(*) **Stime Cergas basate su:** "Fondazione Censis - Long Term Care e Assistenza Integrativa - 2008" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011" (Inghilterra); "Joel et alii 2010". "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", (Francia); "Schulz, 2010" (Germania).

FONTI: elaborazione Cergas di "Bilancio sociale INPS - 2010", "Istat - 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali - 2009", "Bilancio INAIL - 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat - 2010", "Fondazione Censis - Long Term Care e Assistenza Integrativa - 2008" (Italia); "UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011", "House of Commons 2011", "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis", "Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania)



6 - I TASSI DI COPERTURA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

					
Popolazione oltre i 65 anni		13.186.000	16.844.000	12.301.537	10.563.000
POPOLAZIONE TOTALE OLTRE I 65 ANNI NON AUTOSUFFICIENTE	TASSO DI PREVALENZA	23,62%	30,27%	18,50%	23,05%
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OVER 65 NON AUTOSUFFICIENTE (A)	3.115.000	5.098.679	2.275.784	2.435.000
	NUMERO STIMATO DI POPOLAZIONE OVER 65 NON AUTOSUFFICIENTE CON TASSO DI PREVALENZA= 18.5% (B)	2.439.410	3.116.140	2.275.784	1.954.155
POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA IN UN PROGRAMMA DI LONG TERM CARE (C)		1.200.000 (*)	2.041.800	2.220.404	1.377.000
% DI POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA NEL SISTEMA (C/B)		49,19%	61,12%	97,57%	70,4%
% DI POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA NEL SISTEMA – PREVALENZA NAZIONALE (A/C)		38,53%	40,05%	97,57%	56,5%





(*) Numero di beneficiari "APA"

Il TASSO DI PREVALENZA misura la diffusione di condizioni di dipendenza per persone di età superiore ai 65 anni. Per ogni stato abbiamo usato diversi tassi di prevalenza calcolati utilizzando statistiche e report nazionali: il divario tra i quattro tassi potrebbe essere spiegato considerando le diverse caratteristiche demografiche e differenti definizioni di fragilità, invalidità, disabilità e dipendenza esistenti tra stati. FONTI: elaborazione Cergas di: "ISTAT - Sebastiani, Iannucci, Vannoni, 2008 - Disabilità e non autosufficienza - pubblicato su Monitor, 3 supplemento al n. 22" (Italia); "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", (Francia); "Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008" (Germania).

FONTE: Elaborazione Cergas di "ISTAT – 2004-2005" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012" (Francia); " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania).



7 - LE RISORSE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

				
SPESA PUBBLICA PER LONG TERM CARE (per anziani non autosufficienti e disabili)	€ 54.939.720.120	€ 74.636.000.000	€ 33.940.890.000	€ 60.388.000.000
POPOLAZIONE OVER 65 INCLUSA NEL SISTEMA (a)	1.200.000 (*)	2.041.800	2.220.404	1.377.000
DISABILI ADULTI INCLUSI NEL SISTEMA (b)	956.600 (**)	418.200	571.520	745.000
NUMERO COMPLESSIVO DI PERSONE INCLUSE NEL SISTEMA (a+b) = NUMERO DI UTENTI	2.156.600	2.460.000	2.791.924	2.122.000
Spesa annua per assistito	€ 25.475	€ 30.340	€ 12.157	€ 28.458
Spesa mensile per assistito	€ 2.123	€ 2.528	€ 1.013	€ 2.372

(*) Numero di beneficiari "APA" -2011

(**) Numero di beneficiari "AAH"-2011

FONTE: Elaborazione Cergas di: "ISTAT – 2004-2005" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2012" (Francia); "Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Prospects and constraints of self-contained living of people in need of help and care, 2008", " Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania).

GESTIONE DEI SERVIZI, MECCANISMI DI GOVERNO

Elisabetta Notarnicola *CeRGAS, Università Bocconi*

Come già anticipato, nella ricerca sono stati fatti due passaggi fondamentali spostandoci dalla prima analisi sui sistemi paese ai sistemi di erogazione di assistenza per la non autosufficienza a livello locale. L'obiettivo è stato quello di spostare la nostra attenzione dalle caratteristiche dei sistemi di Welfare e dai diversi assetti istituzionali delle politiche per la non autosufficienza al livello nazionale, all'analisi di quanto accade al livello locale, entrando così nel mondo dei servizi e degli interventi previsti, per comprendere quali siano nei diversi paesi le esperienze vissute dagli utenti e i meccanismi messi in atto per l'erogazione della Long Term Care. Nel fare la ricerca a livello macro ci si è resi conto sin da subito che tutti e quattro i sistemi analizzati si caratterizzavano per una fortissima eterogeneità a livello nazionale conseguenza, con altri fattori, di un'ampia autonomia data agli enti locali rispetto alle modalità di gestione, attuazione e implementazione degli interventi sociali e sociosanitari. Per questo motivo si è scelto come ottimale per esplorare i meccanismi di erogazione dell'assistenza il livello di analisi delle città – del Comune potremmo dire. Obiettivo dei casi studio che sono stati realizzati era quello di entrare nel vivo dei meccanismi di erogazione dei servizi ai cittadini per dare una rappresentazione dei percorsi di fruizione dei ser-



vizi. Lo abbiamo fatto per quattro città, Marsiglia, Lipsia, Parma e Oxford, intervistando i protagonisti dei percorsi di erogazione selezionati dal settore pubblico ma non solo.

In tutti e quattro i casi infatti abbiamo intervistato sul campo i protagonisti e fautori della committenza pubblica e gli attori che si occupano della gestione di questo tipo di interventi, sia sul fronte sociale che sanita-

rio; i protagonisti della produzione, ovvero professionisti che si occupano della gestione diretta di servizi residenziali e domiciliari; abbiamo poi cercato di raccogliere il punto di vista degli utenti tramite associazioni di rappresentanza degli utenti (ad esempio, nel caso di Parma abbiamo intervistato una associazione di famigliari malati di Alzheimer). **(slide 8 pag. 21)**

Per indagare i meccanismi di erogazione dell'assistenza e, quindi, il percorso che gli utenti compiono nel momento in cui diventano utenti fruitori di servizi socio-sanitari e sociali, abbiamo immaginato di metterci nei panni di un anziano non autosufficiente e della sua famiglia e di provare a ricostruire, sin dal primo momento, il suo percorso e la sua esperienza. Abbiamo ipotizzato di partire dalla nascita di un bisogno legato alla condizione di non autosufficienza, bisogno di assistenza socio-sanitaria e sociale, immaginando che questo possa derivare da diverse situazioni come la situazione

famigliare, una improvvisa situazione di gravità dovuta a una degenza, piuttosto che da un cambio nelle sue condizioni mediche. Il primo momento che volevamo indagare, è quello in cui l'utente e la famiglia per la prima volta entrano in contatto con il sistema dei servizi pubblici, ovvero il momento in cui l'utente la famiglia si accostano al sistema dei servizi, chiedendoci a chi si rivolgono, per quale motivo e con quale obiettivo. l'abbiamo chiamato per questo "Primo contatto".

La fase successiva, è quella dell'accesso e della selezione dell'utenza. In tutte e quattro le città analizzate, sono stati previsti dei sistemi di selezione dell'utenza basati su sistemi di valutazione sociale e sociosanitaria dei bisogni hanno la funzione, innanzitutto, di arrivare a fare un primo profilo della condizione di non autosufficienza e del bisogno della persona. Successivamente questi sono anche funzionali a selezionare, in base al livello di gravità o alle caratteristiche riscontrate, quali cittadini avranno effettivamente accesso al sistema dei servizi pubblici e quali no.

Superata questa fase il momento successivo è quello della definizione del piano assistenziale. Come viene definito il piano di cura nei diversi casi? Chi lo definisce? Quali elementi vengono considerati nella definizione del piano di cura? Quale ruolo ha l'utente e quale ruolo ha la famiglia?

Infine, il punto di atterraggio del percorso è quello dell'erogazione dell'intervento assistenziale: dopo essere stati valutati come portatori di un bisogno riconosciuto dal sistema pubblico e definito il piano di cura, si arriva al momento dell'erogazione dell'assistenza vera e propria che può essere l'erogazione di un servizio di assistenza domiciliare, così come l'inserimento in una struttura residenziale piuttosto che altri tipi di servizi e di interventi a seconda delle caratteristiche dei diversi paesi e dei diversi casi. **(slide 9 pag. 22)**

Se teoricamente abbiamo rappresentato queste quattro fasi come lineari, nella realtà in tutti e quattro i casi analizzati il percorso dell'utente non è affatto lineare, dato che tutti i sistemi si caratterizzano già nella struttura al livello macro e nel loro impianto istituzionale, come costituiti da diversi attori pubblici che si occupano della non autosufficienza con un ampio numero di alternative di intervento e di servizi disponibili. L'utente dovrà quindi superare diversi step, recarsi in di-

versi luoghi fisici (uffici, strutture, ecc.), individuare diverse persone da contattare: per questo il nostro tentativo di ricostruire il percorso complessivo non poteva prescindere da una mappatura di tutti i possibili step, attori, luoghi, esperienze che l'utente vive nel momento in cui si accosta al sistema dei servizi. **(slide 10 pag. 22)**

In particolare, quello che ci interessava comprendere e confrontare per i diversi casi, quali fossero gli elementi manageriali, organizzativi e gestionali messi in atto nei diversi paesi. Trattandosi di servizi, infatti, è possibile individuare alcuni elementi e caratteristiche che dipendono dalle modalità organizzative adottate e dai modelli gestionali, che caratterizzano in modo determinante la natura del servizio stesso. Un esempio intuitivo è ad esempio la scelta del personale che si occupa dei servizi: nel momento in cui un utente si trova ad affrontare il suo primo accesso allo sportello, incontrare personale con una formazione e una impostazione di tipo sanitario piuttosto che un assistente sociale o ancora personale amministrativo, determinerà una esperienza molto diversa per contenuti e finalità.

Un altro elemento riguarda la definizione delle politiche tariffarie, cioè come nei diversi paesi vengono a definite le tariffe, i servizi, il livello di compartecipazione: il budget e la sua composizione chiaramente hanno un impatto importante su quella che poi sarà l'assistenza erogata.

Diversi elementi possono essere considerati in questo senso: analisi del reddito familiare o del singolo, valutazione sulle sole risorse pubbliche in gioco o anche sulle risorse private messe in campo?

Altri due elementi che sono collegati tra loro: le politiche di comunicazione e informazione ai cittadini e le modalità di accesso, la logistica e il layout dei servizi. Come vengono spiegate e comunicate le politiche per la non autosufficienza? Come vengono presentate ai cittadini? Esiste una informazione diffusa, tutti sono al corrente del fatto che esistono determinate possibilità? Come vengono diffuse queste comunicazioni? Questi elementi "scremano" moltissimo rispetto gli utenti che poi accederanno al sistema pubblico, perché se l'informazione è diffusa tutti hanno le informazioni basilari per poter accedere al sistema; se l'informazione è disponibile, ad esempio, solo sui siti web la fascia di popolazione che

più utilizza la tecnologia sarà facilitata.

Allo stesso modo sono importanti anche quelle che abbiamo chiamato “politiche degli accessi e layout”, ovvero il luogo dove fisicamente l'utente deve recarsi per accedere al sistema dei servizi. Abbiamo una capillarità di luoghi sul territorio piuttosto che accentramento in un unico punto, ad esempio nel capoluogo di provincia?

L'ultimo elemento, ma in realtà il più importante, è quello riferito alle politiche di prodotto e servizio ovvero quali caratteristiche sono state pensate rispetto agli interventi e ai servizi possibili e disponibili. Quali sono i servizi base che sono stati immaginati? Quali caratteristiche accessorie, quali servizi aggiuntivi possono essere fruiti dagli utenti? Con quale intensità assistenziale, con quale tipo di operatori, con quale possibilità per l'utente di avere una flessibilità e la possibilità di definire queste caratteristiche?

Gli elementi citati sono leve manageriali valide in generale per tutti i sistemi di servizi e, per gli elementi che vi ho citato brevemente, sono sicuramente ancora più valide nel sistema dei servizi socio-assistenziali e assistenziali, come per il caso della Long Term Care.

Per cercare di ricostruire gli snodi più importanti nelle diverse fasi del percorso di erogazione abbiamo provato a interrogarci su ognuno di questi elementi rispetto alle quattro fasi che vi ho illustrato: il momento di primo contatto col sistema pubblico, il momento di selezione e valutazione, il momento di definizione del piano di cura e, infine, l'elemento di erogazione. La nostra prospettiva è quella di cercare di cogliere gli elementi manageriali di gestione che caratterizzano i quattro casi per scoprire se ci sono delle differenze e delle uguaglianze e, in un qualche modo, quale di queste caratteristiche ha prodotto quali risultati nei diversi sistemi. **(slide 11 pag. 23)**

Rispetto alla Fase di Primo Contatto, in tutte le quattro città abbiamo riscontrato un tentativo di individuare un punto unico di accesso, che si è tradotto nel polo territoriale a Parma piuttosto che nei centri unici di presa in carico a Marsiglia. Al di là del nome che è stato dato, è evidente il tentativo di tutti i sistemi di facilitare la vita all'utente individuando un unico punto di riferimento. Ci siamo interrogati però – e l'abbiamo fatto per ognuna delle quattro fasi – anche sulle differen-

ze tra quello che è stato pensato e progettato teoricamente nei sistemi e l'esperienza reale che vivono gli utenti: le interviste fatte in loco con gli operatori ci sono servite soprattutto per questo. Ci siamo chiesti quindi: 'Il polo territoriale è luogo individuato ovunque come preferenziale, ma gli utenti fruiscono effettivamente attraverso questo sistema?' Vediamo che in quasi tutti i casi esiste realmente omogeneità tra luogo designato formalmente e quello poi utilizzato dagli utenti, con l'eccezione di Oxford, dove molto spesso gli utenti preferiscono rivolgersi direttamente al medico di famiglia (che nel sistema inglese ha un ruolo che può essere anche particolarmente importante e centrale) piuttosto che agli sportelli sociali.

Quello che differenzia sostanzialmente i sistemi, è il ruolo che è stato dato al punto unico di accesso e questo dipende moltissimo dal fatto che in alcuni sistemi è stato aggiunto un ulteriore attore pubblico con questa funzione specifica, mentre in altri il punto unico coincide con l'attore fondamentale di tutti gli step successivi. Ad esempio, nel caso di Lipsia l'assicurazione per la non autosufficienza è l'attore principale su tutti i fronti, quello a cui ruota intorno tutto il sistema e anche il momento dell'accesso è stato focalizzato su questo attore. All'opposto nel caso francese – dove l'attore principale è il Dipartimento, l'attore che gestisce ed eroga la prestazione più importante per la non autosufficienza, il momento dell'accesso è stato individuato in attore diverso che, quindi, ha una funzione solamente di contatto e progettazione dell'intervento.

Vediamo che in tutti i casi è la famiglia, più che l'anziano singolo, che si rivolge al sistema pubblico e che lo fa nel momento in cui vive una situazione di urgenza: non abbiamo riscontrato infatti in nessuno dei sistemi una logica preventiva. Le informazioni che vengono chieste sono informazioni precise e puntuali sul tipo di servizi disponibili: la famiglia si rivolge quindi al pubblico con una propria formulazione di bisogno e chiede direttamente una risposta molto precisa. In un solo caso, Parma, il polo territoriale ha anche una funzione di prima scrematura dell'utenza che arriva al settore pubblico, chiamata di *gate keeping* e ha, quindi, una forte funzione di indirizzo del sistema. **(slide 12 pag. 23)**

La fase successiva, che è quella che ci sembra più



importante, è quella della selezione dell'utenza: questa fase – anche per i tassi di copertura dei servizi pubblici presentati prima, dove abbiamo visto che l'Italia si posiziona molto vicina al 100% mentre gli altri paesi stanno tra il 45 il 60 e il 65% – è la fase perno del sistema.

Vediamo due polarizzazioni. I primi due sistemi, quello francese e tedesco con Marsiglia e Lipsia, giocano il percorso di selezione su una valutazione unica, avendo ricomposto a monte il sistema degli interventi; gli altri due sistemi all'opposto, quello di Oxford e Parma, seguono due binari separati: il binario degli "assegni" – che in Italia si traduce in "Indennità di Accompagnamento" – e il binario dei servizi con il meccanismo di selezione per il sistema delle cure domiciliari e residenziali.

Partendo da questo modello appena citato, Parma e Oxford, distinguono due momenti separati per la valutazione dell'utente: la valutazione fatta per l'assegno o prestazione di stampo previdenziale, che in Italia appartiene a Inps e Regno Unito all'Istituto Nazionale di Previdenza, e la valutazione fatta per la titolarità ai servizi, gestite da due commissioni separate, che non interloquiscono tra loro e che operano con modalità diverse laddove per la prestazione di tipo previdenziale-assicurati-

vo è stata definita una scala nazionale, mentre per l'accesso al sistema dei servizi le scale e i criteri di valutazione e di accesso sono definite a livello locale, quindi per ogni azienda sanitaria, ogni Comune, ogni Regione.

Nel caso di Marsiglia e Lipsia, invece, dove sono riusciti a individuare un unico percorso di accesso al sistema, il meccanismo si basa sostanzialmente su un principio molto semplice e cioè che non esiste una prestazione di tipo previdenziale e in parallelo un sistema dei servizi, ma piuttosto che l'accesso si valuta per una prestazione unica che potrà poi essere declinata in interventi diversi a seconda delle necessità dell'utente. A Marsiglia l'accesso al sistema è incentrata sull'accesso per la APA (prestazione principale per gli anziani) mentre a Lipsia è l'accesso per l'Assicurazione Non Autosufficienza. Viene fatta, quindi, una unica valutazione complessiva che, nel caso francese, è sdoppiata su due componenti (una più sanitaria e una più sociale) mentre nel caso tedesco è effettivamente una valutazione unica che tiene conto degli elementi sanitari in primis, ma anche di elementi sociali.

Si utilizza così una griglia nazionale su criteri omogenei che individuano un profilo di non autosufficienza e, in funzione di questo, la titolari-

tà all'accesso al sistema pubblico. Questo si traduce nel diritto ad un budget finanziario (quindi non ad uno specifico intervento) disponibile per le cure e l'assistenza complessiva, che verrà poi meglio declinato al momento della definizione del piano di cura. **(slide 13 pag. 24)**

Rispetto a questo **(slide 14 pag. 24)** riportiamo l'esempio dei servizi domiciliari, ma in termini generali possiamo parlare della definizione del piano di cura per servizi e interventi nel senso più ampio.

Torniamo ai due sistemi che abbiamo appena visto, Marsiglia e Lipsia, dove l'esito della fase di selezione è un profilo di non autosufficienza che dà diritto a un ammontare finanziario utilizzabile per l'assistenza. Nel caso di Marsiglia il piano di cura viene fatto direttamente dal committente pubblico e definisce tra tutte le disponibilità di servizi e di interventi (che sono nel complesso molto simili a quelli del sistema italiano) il piano ottimale per l'utente sulla base del profilo di non autosufficienza e quindi dell'ammontare di risorse finanziarie disponibili.

A Lipsia, invece, la definizione del piano di cura è tutta spostata sul produttore. Il sistema pubblico assegna la titolarità all'utente, assegnandogli un ammontare finanziario totale disponibile, e lascia poi al produttore scelto dall'utente stesso la definizione specifica e dettagliata del contenuto dell'assistenza. Sarà la famiglia a relazionarsi con gli operatori della struttura e a definire e dettagliare – chiaramente all'interno di un quadro di standard nazionale minimi definiti – il contenuto dell'assistenza.

Nei casi di Parma e Oxford il piano di cura viene fatto da un operatore pubblico che ha un ruolo di case manager: non si tratta quindi del valutatore che ha fatto la valutazione per l'accesso al sistema, ma è un operatore più spostato sul sociale o sul socio-sanitario che si occupa principalmente della progettazione del piano di assistenza.

Anche il perimetro sul quale si gioca la definizione del piano è diverso nei diversi paesi. A Marsiglia, infatti, il piano di cura non viene fatto solamente sull'ammontare del finanziamento pubblico, ma su un totale disponibile che tiene conto sia del finanziamento pubblico che del livello di compartecipazione complessiva che viene richiesta per le varie tipologie di prestazioni a cui accederà l'uten-

te (il livello di compartecipazione viene definito su criteri nazionali in modo omogeneo per tutto il territorio). Quindi il committente pubblico – nel momento in cui si occupa di fare la valutazione e di definire la titolarità a un ammontare finanziario – definisce da subito qual è il totale della compartecipazione che la famiglia e l'utente dovranno sopportare. Nel caso di Lipsia il budget è unico (coincidente con la prestazione dell'assicurazione per la non autosufficienza) e il piano viene definito su budget complessivo disponibile. Nel caso di Parma ad ogni prestazione assistenziale corrisponde un diverso piano di cura che verrà fatto quindi sulla spesa per quella prestazione (nel caso si tratti di residenza sanitaria ad esempio, sulla spesa per la residenza sanitaria senza includere l'ammontare per la componente assicurativa e previdenziale, cioè l'indennità di accompagnamento, ma pensando solo ai servizi).

Lo stesso accade a Oxford, dove si inizia a lavorare in termini di un budget di cura complessivo, dove il committente pubblico ragiona non solo sulle risorse pubbliche, ma inserisce nel piano anche gli elementi di spesa privata delle famiglie, definendo quindi anche i dettagli della spesa che poi la famiglia dovrà sostenere privatamente. **(slide 14 pag. 24)**

Il momento dell'erogazione dei servizi vede in tutti i casi la possibilità per le famiglie e gli utenti di scegliere il proprio produttore laddove, nel caso tedesco e francese il sistema pubblico è sottoposto ad un divieto assoluto di dare indicazioni ai cittadini rispetto alla scelta del produttore, lasciando libertà assoluta alla famiglia, mentre nel sistema di Parma e di Oxford, si attua nei fatti una mediazione della libertà di scelta, con il sistema pubblico che orienta formalmente o informalmente la famiglia verso i gestori che ritiene più indicati (un esempio molto semplice: quelli che in quel momento hanno minor lista d'attesa).

In tutti i casi è prevista la possibilità per le famiglie di concordare l'acquisto di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate da sistema pubblico: questo è previsto formalmente ovunque ma nei fatti è una ipotesi che non sempre si realizza dato che le famiglie spesso si organizzano in modo parallelo per l'acquisto di prestazioni aggiuntive. **(slide 15 pag. 25)**

Se nel caso di Marsiglia, Francia, i livelli di com-

partecipazione per tutti i tipi di servizi vengono calcolati su criteri nazionali, nel caso di Parma, invece, esiste uno standard (regionale) per i soli servizi residenziali, per i quali è stata definita una tariffa uniforme dal sistema regionale. Nel caso di Lipsia, invece, è anche in questo caso il produttore che, oltre a definire il piano di cura, definisce anche quale debba essere la compartecipazione per l'utente.

Ci è sembrato interessante porre questo elemento (come vengono definite le tariffe, i budget assistenziali complessivi e il livello di compartecipazione) come centrale perché il perimetro delle risorse sulla base del quale si definisce il piano di cura e l'attore che gestisce questo piano ed il relativo budget, spostano il modello di intervento messo in atto e gli esiti del sistema di welfare: che sia il committente, o il produttore o ancora un terzo soggetto case manager, gli incentivi che guidano il funzionamento del sistema sono molto diversi e spostano di molto anche il contenuto dell'assistenza erogata dal sistema pubblico.

Se è il sistema pubblico in quanto committente a gestire il piano di cura, elaborando il budget uni-

camente sul singolo intervento per il quale è "competente", questo avrà una visione molto focalizzata sulle "sue" prestazioni e limitata a queste e, quindi, tenderà a contingentare la sua spesa per rispettare i vincoli di bilancio a cui è per forza di cose sottoposto. In conseguenza l'utente avrà una visione molto frammentata delle prestazioni a cui accede, dovendo unire una moltitudine di visioni parziali, e avrà difficoltà a sua volta a ragionare in termini di risorse complessive ricevute, non riuscendo a volte nemmeno a cogliere la ricchezza dell'intervento pubblico. Nei sistemi, invece, nei quali si pone come centrale il piano di cura costruito su un budget totale degli interventi pubblici e delle risorse private messe in campo, sia l'utente che il sistema pubblico riescono da subito ad avere una visione complessiva della spesa per assistenza sul singolo utente, cogliendo sinergie e potenzialità; nei sistemi in cui è il produttore (che sia privato o pubblico) a gestire il piano di cura e i livelli tariffari e di compartecipazione, potrebbero esserci delle tensioni e tentativi di ampliare il piano e richiedere quindi una compartecipazione maggiore all'utente. ■



8 - PERCORSI DI LONG TERM CARE IN QUATTRO CITTÀ EUROPEE



Analisi dei sistemi di erogazione dei servizi di LTC :

- ✓ Quali meccanismi di erogazione dei servizi e degli interventi al livello locale nei diversi Paesi?
- ✓ Quale esperienza vissuta da utenti e operatori?

Analisi al livello locale e prospettiva degli operatori:

- 4 casi studio,
- 22 interviste.

	MARSIGLIA	LIPSIA	PARMA	OXFORD
Committenza per la componente sociale dell'intervento	Dipartimento di Marsiglia, Comune di Marsiglia	Comune di Lipsia	Comune di Parma	Local Council Oxfordshire
Committenza per la componente sanitaria dell'intervento	Reti Geriatriche della Città di Marsiglia	Assicurazione LTC, Dresda	AUSL di Parma	Joint Commission Oxfordshire
Produttore di servizi residenziali	Residenza per Anziani, Troyes	Residenza per Anziani, Lipsia	Residenza Sanitaria, Parma	Produttore diffuso a livello nazionale
Produttore di servizi domiciliari	Gestore servizi domiciliari, Troyes	Consorzio di produttori servizi domiciliari	Cooperativa di produzione servizi domiciliari, Parma	Produttore diffuso a livello nazionale
Voice degli utenti	Operatori sociosanitari in rappresentanza delle famiglie	Associazione di famiglie anziani non autosufficienti	Associazione famiglie malati di Alzheimer	Operatori sociosanitari in rappresentanza delle famiglie



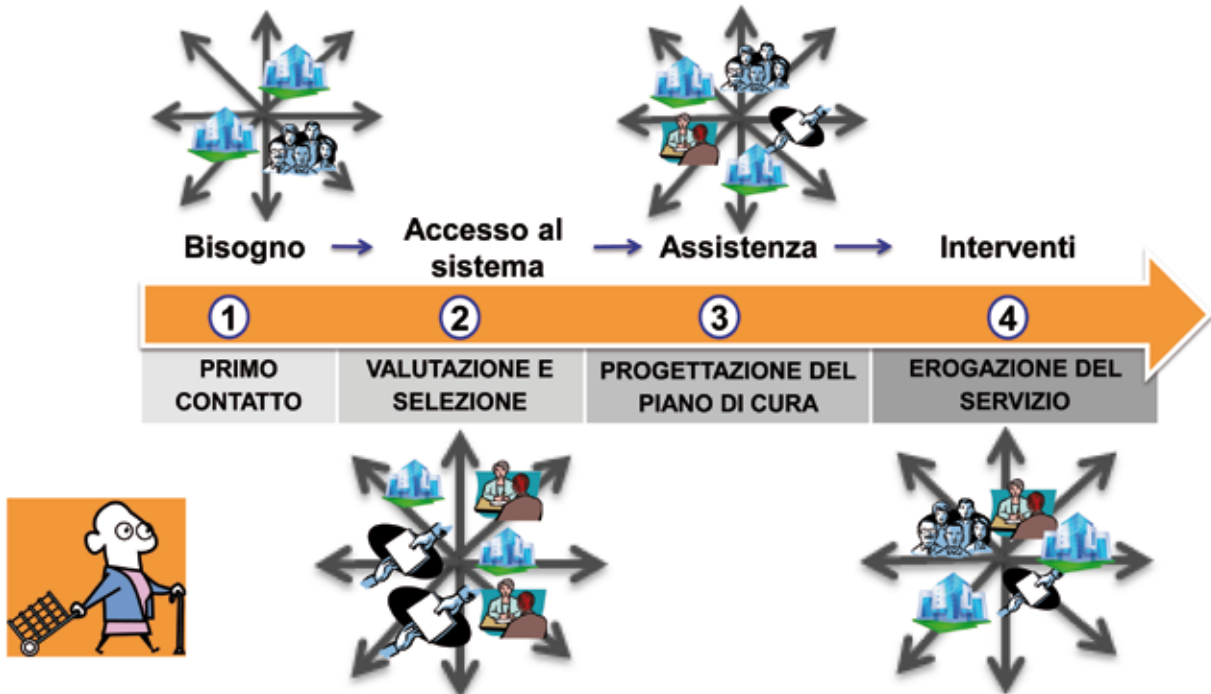
9 - OGGETTO DI ANALISI: IL PERCORSO DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI



9



10 - OGGETTO DI ANALISI: IL PERCORSO DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI





11 - LETTURA MANAGERIALE DEL PERCORSO NEI SERVIZI ATTRAVERSO LE LEVE DI SERVICE MANAGEMENT

Le leve nel sistema dei servizi	Le leve nel sistema dei servizi di LTC	Le fasi del percorso di LTC			
Politiche del personale	<i>Skill mix dei professionisti e del personale coinvolto nelle diverse fasi del processo di erogazione del servizio.</i>	Fase di primo contatto	Fase di valutazione e selezione	Fase di definizione del Piano di Cura	Fase di erogazione del servizio
Politiche tariffarie	<i>Meccanismi di definizione del co-payment e del budget a disposizione dell'utente</i>				
Politiche di comunicazione	<i>Livello di coinvolgimento degli utenti (e delle loro famiglie).</i>				
Le politiche degli accessi, il layout e la logistica	<i>Accessibilità del sistema in termini di:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Disponibilità e diffusione di informazioni tra i potenziali utenti (cittadini)</i> • <i>Presenza di procedure e processi user-friendly che facilitano i contatti</i> 				
Le politiche di prodotto/servizio	<i>Caratteristiche dei servizi offerti in termini di:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Livello di integrazione tra diverse componenti dell'offerta</i> • <i>Livello di flessibilità e adattabilità ai bisogni</i> • <i>Possibilità di modificare le caratteristiche dei servizi al cambiare dei bisogni (shaping and reshaping)</i> • <i>Livelli di scelta disponibili</i> • <i>Mix tra servizi standard /core e aggiuntivi</i> 				

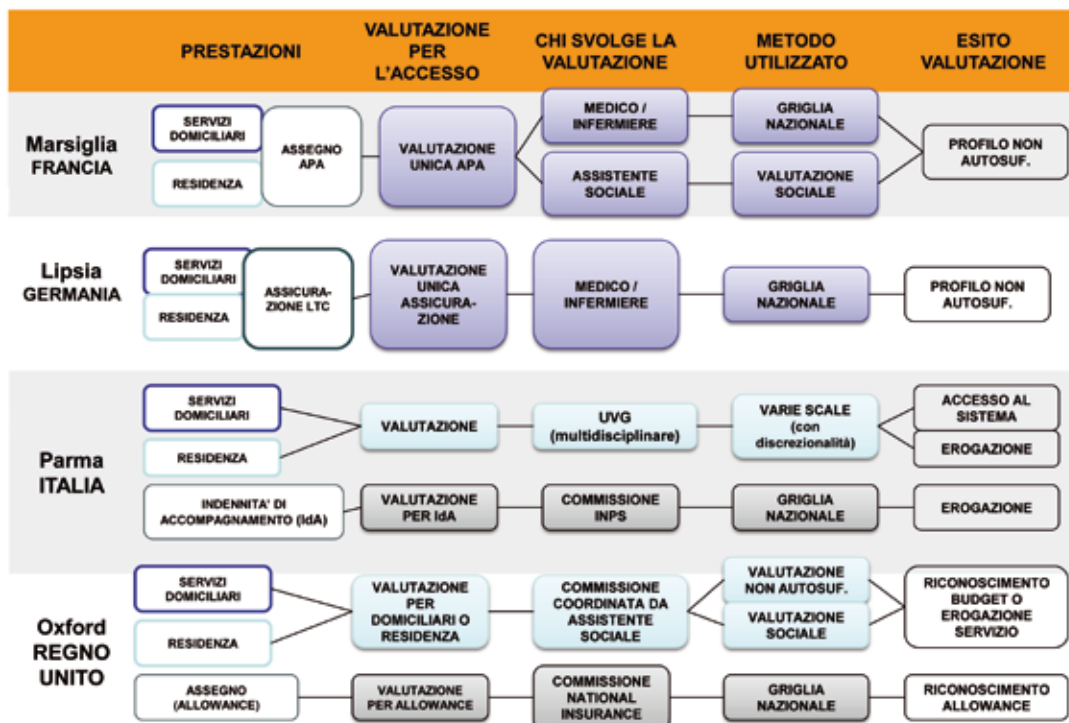


12 - FASE 1: PRIMO CONTATTO - descrizione

	Marsiglia	Lipsia	Parma	Oxford
LUOGHI E ATTORI FORMALMENTE DESIGNATI:	CENTRI UNICI DI PRESA IN CARICO	ASSICURAZIONI LTC (UFFICI O WEB)	POLO TERRITORIALE	SPORTELLO SOCIALE DELLA LOCAL AUTHORITY
LUOGHI EFFETTIVAMENTE PIU' FREQUENTATI:	CENTRI UNICI DI PRESA IN CARICO	ASSICURAZIONI LTC (UFFICI O WEB)	POLO TERRITORIALE	CALL CENTER LOCAL AUTHORITY; GENERAL PRACTITIONER (GP)
FUNZIONI FORMALMENTE ASSEGNATE:	CONTATTO PROGETTAZIONE	CONTATTO SELEZIONE PROGETTAZIONE FINANZIAMENTO CONTROLLO	CONTATTO ASSESSMENT PRELIM. PROGETTAZIONE	CONTATTO ASSESSMENT PRELIM. PRIMO INTERVENTO IN ATTESA DELL'ASSESSMENT
PRIMO INTERLOCUTORE DEL SISTEMA:	FAMIGLIA	FAMIGLIA	FAMIGLIA	ANZIANO O FAMIGLIA O GP
NATURA PRIMA RELAZIONE:	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA	REAZIONE URGENZA
FUNZIONE DESIGNATA DEL PRIMO CONTATTO:	ORIENTATIVO	INFORMATIVO	INFORMATIVO ORIENTATIVO GATEKEEPING	INFORMATIVO
FUNZIONE EFFETTIVA:	INFORMATIVO	INFORMATIVO	INFORMATIVO ORIENTATIVO GATEKEEPING	PRIMO INTERVENTO
TIPOLOGIA DI INFORMAZIONI RICHIESTE:	SPECIFICHE SUI SERVIZI	SPECIFICHE SUI DIVERSI PERCORSI ASSISTENZIALI	SPECIFICHE SUI SERVIZI	SPECIFICHE SU SERVIZI



13 - FASE 2: SELEZIONE DELL'UTENZA E ACCESSO AL SISTEMA PUBBLICO



14 - FASE 3: DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA (per i servizi domiciliari)

SERVIZI DOMICILIARI FORMALIZZATI	Marsiglia	Lipsia	Parma	Oxford
Funzione dell'attore CHI SI OCCUPA DELLA DEFINIZIONE DEL PIANO DI CURA?	COMMITTENTE	PRODUTTORE	CASE MANAGER	CASE MANAGER
QUAL E' IL CONTENUTO DEL PIANO?	• VALORE SERVIZI DA EROGARE • STANDARD DI SERVIZIO	CONTENUTO SPECIFICO DELLE PRESTAZIONI	STANDARD DI SERVIZIO	• VALORE SERVIZI DA EROGARE • STANDARD DI SERVIZIO
COINVOLGIMENTO DELL'UTENTE (O DELLA FAMIGLIA)	RIDOTTO. LA FAMIGLIA SI COORDINA POI CON IL PRODUTTORE	SI, COORDINAMENTO E COPROGETTAZIONE	SI, NELLA DEFINIZIONE DEI DETTAGLI	SI, NELLA SCELTA DELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI SERVIZIO
SONO PREVISTI CONTROLLI SULL'EFFETTIVO RISPETTO DEL PIANO?	SI	SI	SI	SI



15 - FASE 4: EROGAZIONE DEL SERVIZIO

SERVIZI DOMICILIARI FORMALIZZATI	Marsiglia	Lipsia	Parma	Oxford
ESISTE LIBERTA' DI SCELTA?	SI	SI	SI (LIMITATA NEI FATTI)	SI
VIENE FATTO COUNSELLING DA PARTE DELL'ATTORE PUBBLICO?	NO	NO	In parte	SI
L'UTENTE E L'EROGATORE POSSONO CONCORDARE IL CONTENUTO DELLE PRESTAZIONI?	SI	SI	SI	SI
L'UTENTE PUO' ACQUISTARE CONTESTUALMENTE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE?	SI	SI	SI	SI
CHI DEFINISCE LA COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE AL FINANZIAMENTO PUBBLICO?	STANDARD NAZIONALI	PRODUTTORE (POCO RILEVANTE PER DOMICILIARE)	(POCO RILEVANTE PER DOMICILIARE)	nd
SERVIZI RESIDENZIALI	Marsiglia	Lipsia	Parma	Oxford
ESISTE LIBERTA' DI SCELTA?	SI	SI	MEDIATA dalla PA	LIMITATA
VIENE FATTO COUNSELLING DA PARTE DELL'ATTORE PUBBLICO?	NO	NO	NO	SI
L'UTENTE E L'EROGATORE POSSONO CONCORDARE IL CONTENUTO DELLE PRESTAZIONI?	SI	SI	SI	SI
L'UTENTE PUO' ACQUISTARE CONTESTUALMENTE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE?	SI	SI	SI	SI
CHI DEFINISCE LA COMPARTICIPAZIONE DELL'UTENTE AL FINANZIAMENTO PUBBLICO?	STANDARD NAZIONALI + PRODUTTORE	PRODUTTORE	STANDARD REGIONALI	nd

LEZIONI DA IMPARARE DAI QUATTRO CASI IN ANALISI

Stefano Tasselli *CeRGAS, Università Bocconi*

L'obiettivo è mettere in linea le riflessioni sulla parte iniziale di descrizione del macro contesto e sui percorsi nei servizi nelle quattro città, per vedere quali sono i messaggi chiave, e le lezioni che si possono imparare dai quattro casi.

Una precisazione di metodo: la comparazione proposta va necessariamente oltre i tradizionali steccati della geografia istituzionale dei servizi. Lo sforzo è quello di vedere la connessione tra il livello macro delle architetture istituzionali, che fanno da cornice per spazi di innovazione locale, e il livello micro, a livello di service management, che indica la capacità a livello locale di innovare nei servizi partendo dalla prospettiva dell'utente.

Il primo dei percorsi che analizziamo in questa prospettiva è quello di Marsiglia (**slide 16 pag. 29**). A livello istituzionale vediamo che il sistema è articolato in pilastri istituzionali di per sé separati che, però, hanno una capacità di andare verso una logica ricompositiva agendo su una leva specifica di service management che è quella della logica del budget.

Il budget viene definito sui livelli dei profili di gravità e bisogno del singolo utente, questo consente di stabilire il pacchetto di prestazioni e di servizi che sono correlati a uno specifico budget proprio per venire incontro alla capacità di rispo-



sta al singolo livello di gravità e di bisogno.

Specifico di questo sistema – non soltanto a Marsiglia, lo vedremo anche ad Oxford in maniera sostanzialmente analoga – è il fatto che il livello di partecipazione, cioè quello che è richiesto da un punto di vista di contribuzione privato all'utente, viene definito contestualmente alla definizione del budget complessivo, il che

apre a diversi ordini di riflessione. Da un lato c'è la possibilità – che è quello che sostanzialmente manca nel caso italiano per un confronto diretto – di ragionare su un budget complessivo correlato con i meccanismi di gravità e di bisogno e non dover ragionare in ottica di fermentazione su tanti piccoli budget separati di prestazioni monetarie di servizi, che creano un'incapacità di riflettere sul livello complessivo delle risorse messe a disposizione. Nel caso di Marsiglia questa la logica ricompositiva consente di ragionare sul quadro complessivo delle risorse. Dall'altro lato c'è da sottolineare che i meccanismi di partecipazione sono fissati a livello omogeneo a livello nazionale, senza tener conto delle specifiche particolarità o delle specifiche realtà locali; il che pone dei punti di domanda sul livello di equità di questo tipo di criterio stabilito esclusivamente a livello nazionale.

Il sistema tedesco (**slide 17 pag. 30**) non è ba-

sato su una tassa di scopo come quello francese, è un sistema assicurativo puro che si basa sul principio che il denaro e le risorse seguono il paziente, vale a dire sono attribuite su logica nominale a un singolo paziente.

Il ruolo del sistema pubblico in questo caso è focalizzato su una specifica fase quella di dare titolarità ad un budget di spesa, vale a dire a un ammontare di risorse separate dalla scelta dei servizi.

La scelta dei servizi è in capo all'utente, al cittadino, che ha diverse possibilità di scelta: da un lato se scegliere denaro o servizi, con differenze nei livelli di ammontare di budget che può avere a disposizione. Chi sceglie i servizi ha a disposizione circa il doppio di quello che può avere direttamente ricevendo trasferimenti finanziari e, dall'altro lato, c'è la possibilità diretta per l'utente di raccordarsi con il produttore per quanto riguarda la capacità di definire il piano di cura.

Anche questo pone dei problemi di non equità probabilmente, ma di differenze nell'impostazione del sistema a livello nazionale. Nei Länder dell'ovest, che sono tendenzialmente più ricchi, i cittadini scelgono i servizi perché l'ammontare

del budget di servizi è maggiore anche se i cittadini non hanno direttamente in tasca il denaro; mentre nei Länder dell'est, che sono tendenzialmente più poveri, viene scelto prevalentemente la dotazione di cash, quindi di denaro, che da un lato funge in qualche modo da integrazione al reddito ma dall'altro lato depauperava della possibilità di avere servizi che sarebbero circa se non superiori al doppio. Quindi nel modello tedesco si ha uno sforzo concettuale separato nell'elaborazione dei profili di assistenza che è spostato in una logica tutto sommato ex post sul produttore, laddove la cornice pubblica fissa sostanzialmente l'ammontare prefissato a seconda della tipologia di scelta che spetta al cittadino, se servizi in kind o cash, vale a dire trasferimenti monetari.

Ci spostiamo ora al caso italiano che è quello di Parma **(slide 18 pag. 30)**. È un sistema che è sviluppato e articolato in pilastri istituzionali separati. Se ne potrebbero citare diversi per quanto riguarda i livelli locali col Comune e con l'Asl, ma data la grossa separazione tra il livello locale e l'Inps, come abbiamo visto in precedenza, ci focalizziamo nello specifico chiaramente sul livello locale perché questo è il focus micro della presentazione.





C'è stato lo sforzo di andare verso logiche ricompositive attraverso l'identificazione e la creazione di un punto unico d'accesso, con la funzione di intercettare tutti i principali servizi a livello locale per la non autosufficienza sia con un focus sulla domiciliarità che sulla residenzialità.

Il polo territorio diventa, quindi, una sorgente da cui si attiva successivamente tutto il percorso di presa in carico, questo indipendentemente dai servizi domiciliari o residenziali di cui il cittadino ha bisogno verso cui è indirizzato. In questo modo si cerca di identificare in un unico punto d'accesso un punto d'origine per il percorso del cittadino. Dal lato la separazione istituzionale con tutto il modo Inps rimane e, almeno a livello locale, chiaramente non è affrontabile in maniera diretta, lo sforzo è stato quello di identificare un case manager che quantomeno ricomponesse i servizi locali ed è stato identificato prevalentemente nel Comune ma in stretta collaborazione con l'azienda Asl.

Il quarto caso è quello di Oxford **(slide 19 pag. 31)**.

In questo caso c'è una certa similarità con il caso

italiano. Possiamo vedere la separazione tra il livello locale e il livello monetario gestito dall'Inps o dalla National Insurance, come viene svolto anche il momento di valutazione, ma vediamo che agendo su queste leve di service management ci sono stati due modi diversi di affrontare il caso. La ricomposizione istituzionale e di servizi è stata affrontata ad Oxford attraverso la creazione di un organo, la Joint Commission che può ragionare su un budget unico sociale e sanitario, nello specifico sulla non autosufficienza.

Questo a livello di ricomposizione istituzionale macro delle risorse a disposizione che sono a capo di un soggetto unico a cui ha fatto seguito a livello micro una ricomposizione gestionale delle risorse sul percorso. Come? Definendo un piano di assistenza individuale complessivo che viene calibrato sul totale del bisogno dell'utente in questo modo identificando nel momento della definizione del percorso quant'è l'ammontare di risorse e servizi che vengono coperti dai servizi pubblici e quanto di conseguenza è l'ammontare di risorse che per avere il finanziamento complessivo, vale a dire per rispondere al

bisogno devono essere coperte dalla compartecipazione privata.

Questa logica viene sempre più adottata nei paesi non soltanto anglosassoni ma in generale del Nord Europa e anche nei paesi scandinavi ed è chiamata dual earner model, vale a dire si definiscono nel momento della definizione del percorso i livelli di compartecipazione attesa rendendoli espliciti e guadagnando in equità perché sono calibrati sul livello di bisogno e sulle risorse dell'utente in termini economici ma anche di rete sociale.

In questo caso di conseguenza il cittadino è chiamato a contribuire a questo gap tra il finanziamento complessivo e quello che è il livello di servizio pubblico con un vantaggio, che si raccorda direttamente con il produttore come anche nel modello tedesco e a prezzi di servizio che sono agevolati per un discorso di economia di scala rispetto a quelli che sono i prezzi di mercato agendo direttamente sul mercato senza questa modalità di intermediazione.

In sintesi ci sono convergenze e divergenze, potremmo chiamarle convergenze parallele, che

vanno oltre gli stessi steccati istituzionali dei diversi modelli ma vivono in quella intersecazione dove il modello macro delle differenze istituzionali si sposa poi con la possibilità micro di autonomia e di innovazione locale.

Un altro messaggio chiave è proprio che l'innovazione gestionale avviene prevalentemente a livello locale, il che dà anche spazio per gli attori locali nei diversi paesi e, in particolare, nel contesto italiano per agire, per innovare indipendentemente dall'attesa di quella grande riforma del sistema che non si sa se avviene e che nel momento in cui avverrà comunque non inciderà totalmente sul livello micro gestionale. Dall'altro lato un'altra indicazione estremamente rilevante è che la ricomposizione, anche laddove rimane carente ex ante, vale a dire a livello di politiche, è possibile realizzarla a livello ex post quando si parla di capacità di costruire il bisogno.

La costruzione del percorso lo dimostra abbastanza nel caso di Oxford, ma anche negli altri modelli c'è una capacità di ricomposizione attraverso leve di service management direttamente sulla costruzione del percorso. ■



16 - MESSAGGI CHIAVE DAI CASI STUDIO: IL PERCORSO NEI SERVIZI A MARSIGLIA

- Sistema articolato in **pilastri istituzionali separati** che riesce però ad ottenere effetti ri-compositivi attraverso la **logica di budget**.
- Il budget è definito su un profilo di **gravità/bisogno**.
- La scelta di **quali servizi** è successiva alla definizione del budget.
- Il livello di **compartecipazione** è definito contestualmente alla definizione del budget. Si ragiona così sul **budget complessivo** di compartecipazione richiesta + risorse pubbliche. In questo modo la compartecipazione è anche fissata in modo omogeneo a livello nazionale (livello di equità?).



17 - MESSAGGI CHIAVE DAI CASI STUDIO: IL PERCORSO NEI SERVIZI A LIPSIA

- Sistema **assicurativo** fa sì che si costruisca un budget sul principio *money follows patients*
- Il sistema pubblico si occupa di dare la titolarità ad un **budget di spesa** ma poi la **scelta** (servizi o cash) spetta al cittadino che si raccorda direttamente con il produttore per il piano di cura.
- L'elaborazione dei profili di assistenza è molto spostata (ex post) sul **produttore** in una cornice pubblica che fissa l'ammontare finanziato.



18 - MESSAGGI CHIAVE DAI CASI STUDIO: IL PERCORSO NEI SERVIZI A PARMA

- Sistema articolato in **pilastri istituzionali separati** (INPS/ livelli locali).
- A livello locale, si sono attivate logiche ri-compositive attraverso la creazione di un **punto unico d'accesso ("Polo territoriale")** che intercetta tutti i principali servizi locali per la non autosufficienza (sia per la domiciliarità che per la residenzialità).
- Dal punto di accesso si origina un **percorso di presa in carico** indipendentemente dal tipo di servizio di cui il cittadino ha bisogno.
- Tale modello prevede un ruolo di *case management* per la non autosufficienza affidato al **Comune**.



- **Ricomposizione istituzionale** del budget sanitario e sociale per la LTC tramite istituzione della *Joint Commission* (budget unico sanitario + sociale).
- **Ricomposizione gestionale** del percorso tramite definizione di un **PAI complessivo** calibrato sul totale del **bisogno**, in cui viene fissato l'ammontare della quota di servizi finanziati dal pubblico (logica Dual Earner Model).
- Il **cittadino** è chiamato a contribuire out of pocket al gap tra PAI complessivo e servizi finanziati dal pubblico, raccordandosi con il medesimo produttore (a prezzi agevolati rispetto al mercato).

DALLE PRESTAZIONI AI SERVIZI, DALL'EROGAZIONE ALLA CONNESSIONE, DAL DELIBERATO ALL'EMERGENTE: VERSO UN NUOVO PARADIGMA?

Giovanni Fosti *CeRGAS, Università Bocconi*

Le evidenze che abbiamo mostrato nella descrizione dei percorsi nei servizi confermano che è nella micro progettazione dei sistemi di welfare che si determinano spostamenti di rilevanza e anche di equità molto significativi.

La riflessione che vorrei proporre rispetto ai dati di scenario e rispetto all'analisi micro dei servizi è su quattro passaggi con i quali vorrei esprimere la nostra convinzione che in questo momento storico, il disegno complessivo dei sistemi è centrato su una logica troppo meccanica e che proprio questa logica è l'elemento che non li rende sostenibili:

1. I dati che proponiamo evidenziano in modo molto chiaro che ci sono alcuni miti sul welfare italiano che andrebbero ricollocati. Ci prendiamo pochi minuti giusto per sgomberare il campo da alcune questioni.
2. Vorrei poi restituire alcuni elementi di convergenza tra i modelli che abbiamo analizzato nelle quattro città e altri che sono un po' più specifici nel caso italiano su cui vale la pena di fare un approfondimento più preciso.
3. In terza istanza, vorrei discutere di quali siano gli spazi di manovra e cioè di come possiamo acquisire altre risorse per finanziare questo siste-



ma di interventi, come possiamo lavorare dentro i modelli di prestazione o cosa potrebbe succedere se dovessimo gettare un po' il cuore oltre l'ostacolo e provare a ragionare dei servizi, cioè immaginare che un ragionamento più centrato su una logica di servizi, invece, che una logica prestazionale in realtà non è il lusso che vorremmo concederci ma è l'unica leva possibile per rendere un po' più

sostenibile questo modello di intervento.

4. Il quarto passaggio è appunto provare a immaginare che implicazioni possa avere un paradigma di questo tipo in termini di policy making e in termini di disegno di servizi.

I dati sfatano alcuni miti (**slide 21 pag. 39**): il primo mito è che l'Italia spende troppo per il welfare. Il nostro problema non è in realtà questo ma piuttosto quello di riconoscere che la nostra spesa complessiva si posiziona a 7.000 Euro pro-capite mentre altri paesi sono a 10.000 (dobbiamo anche riconoscere che il nostro Pil pro capite è di circa Pil da 26.000 Euro (2012) mentre altri stanno a 31.000 e che quindi, qualunque ragionamento di cambiamento del modello di intervento basato sulle aspettative o le speranze di espansione della spesa probabilmente è un po' poco credibile).

Credo che sia importante collocare il problema nel punto giusto perché è tutta un'altra cosa rispetto al dire che spendiamo tanto perché spendiamo male. In realtà spendiamo poco, meno di così non so che cosa si possa fare, ma è anche vero che raccontarci che potremmo spendere di più forse non è serio perché impossibile.

Il secondo elemento: dentro questa partita di spesa la componente prevalente sono trasferimenti finanziari puri alle famiglie. In presenza di trasferimenti finanziari di questo tipo – e in modo relativamente più consistente rispetto altri sistemi di welfare – il problema della libertà di scelta è già oltre il dibattito e, quindi, da questo punto di vista sebbene si possa essere d'accordo nel voler ampliare la libertà di scelta, o ritenere che la si debba ridurre, il punto di partenza in cui sarebbe opportuno collocare questo dibattito è quello di un sistema che mette in tasca ai cittadini molte più risorse in termini di liquidità di quello che fanno tutti gli altri sistemi.

Semplicemente, essendo la torta complessiva molto frammentata, non ci si rende conto che mentre Comuni e Regione Lombardia ragionano su un budget socio-sanitario e sociale da tre milioni e mezzo di Euro, il territorio lombardo beneficia di un budget da undici milioni di Euro di cui sette milioni e mezzo sono quota di Istituto nazionale previdenza sociale, (escluse le pensioni).

Terzo elemento: nella distribuzione tra livello centrale e locale per gli interventi per la non autosufficienza, ma anche per il welfare in senso più ampio, le risorse degli enti locali – che teoricamente sono il cuore del sistema di welfare – in realtà sono minime. Gli enti locali possono esercitare una funzione centrale solo nel momento in cui si legittimano ed essere attori capaci di ricomporre il resto perché, governando bene o anche in modo eccellente il proprio budget, comunque restano in una posizione residuale rispetto alla maggior parte delle risorse.

Il quarto punto è che questo paese, dalla 328 in avanti, ha avuto una grande leva di programmazione sociale integrata, ma all'atto pratico non riesce nemmeno a contare in modo unitario le teste delle persone che vengono seguite nei differenti servizi. Io mi immagino che se dovessimo mettere mano alla programmazione sociale integrata in termini di pensiero più complessivo,

la prima cosa da fare dovrebbe essere mettere i soggetti di integrazione al servizio di una conoscenza unitaria di quello che accade nei territori. Questo implica che l'ufficio di piano non deve essere un soggetto "aggiuntivo" nel territorio che si occupa di una parte delle politiche ma piuttosto dovrebbe essere un soggetto capace di produrre le conoscenze che permettono agli altri attori di giocare insieme la partita.

Il quinto passaggio è l'idea che il problema principale sia l'efficienza. Su questo ci tornerò dopo perché è una delle leve su cui ragionare in termini di recupero di risorse. Credo però che dobbiamo dirci con grande chiarezza che raggiungendo l'efficienza ci si mette nelle condizioni di essere credibili quando si devono fare delle scelte, arriva però poi il momento di queste scelte e se si usa l'efficienza come elemento per dire che non sono necessarie, a mio avviso si perde in partenza qualunque livello di credibilità.

Quali sono i principali elementi di convergenza tra i sistemi per la non autosufficienza? **(slide 22 pag. 39)**

Il primo elemento: nessuno dei sistemi che abbiamo preso in considerazione rispetto alla non autosufficienza è universalistico, casomai l'Italia è il paese con copertura più alta perché abbiamo scelto di alzare la copertura abbassando il livello di intervento, come vi ha mostrato in modo molto evidente Andrea Rotolo.

Secondo elemento: i modelli di accesso di tutte e quattro le città che abbiamo individuato sono modelli di attesa, cioè di un welfare che risponde a domanda. È fondamentale questo passaggio perché la domanda presuppone che qualcuno sappia chiedere, quindi nel momento in cui si risponde a una domanda, si è già deciso di considerare equo il fatto che chi è più in grado di chiedere, rispetto a chi è meno in grado di chiedere, possa fruire dei servizi in modo differenziale.

Nel momento in cui i modelli hanno un welfare di attesa e rispondono a domanda, la loro capacità di essere più o meno aperti nel permettere ai cittadini di accedere ai sistemi produce una maggiore o minore equità.

Se il sistema risponde a domanda, la progettazione dei sistemi non deve concentrarsi più sulla selezione degli utenti ma sulla loro pre-selezione.

Non è come si risponde a chi ha suonato il campanello ma è come si costruiscono le condizioni perché a suonare il campanello arrivino quelli che devono, invece di altri. Questo è un tema che riguarda tutti i paesi, mentre sono i diversi i meccanismi di risposta alla domanda.

Il terzo tema è la rilevanza della rinegoziazione dell'offerta tra produttore e utente e in tutti e quattro i sistemi c'è uno spazio di rinegoziazione tra il produttore e l'utente. Quanto è ampio questo spazio ci dice quanto margine c'è per definire ulteriori forme di co-payment. Lo spazio di negoziazione tra l'espansione della domanda e dell'offerta può essere più o meno regolato nel rapporto tra produttore e utente, e ci dice della presenza di uno spazio più implicito o più esplicito di estensione del welfare e di spostamento del confine di responsabilità finanziaria.

Si presentano poi alcune specificità del sistema italiano. Tutti i sistemi hanno qualche livello di frammentazione derivante dagli assetti istituzionali ma, tuttavia nessuno ha il livello di frammentazione che abbiamo in Italia.

In questo contesto frammentato, che tipo di Piano di Assistenza (PAI – Piano di assistenza integrata) viene predisposto per gli utenti? Il PAI italiano ha due caratteristiche.

Primo, il PAI è limitato alle prestazioni erogate, ovvero il settore pubblico scrive nel piano esclusivamente quello che offre e che è di sua competenza. Per essere più precisi vuol dire che il PAI non è fondato su ciò che serve, ma sul budget disponibile.

Il secondo elemento se il PAI dipende dal budget dell'attore pubblico di riferimento e se si intercettano più ambiti di accesso, finisce che la progettualità – questa fondamentale leva di produzione di servizi a cui dedichiamo tanta attenzione – si replica in è una progettualità tale per cui sul singolo utente convergono più PAI non dialoganti tra di loro. Quindi è possibile, come se fosse assolutamente normale, che ci sia un piano individualizzato ma che sia talmente individualizzato da esserlo sull'erogatore o sul committente, invece che sull'utente perché se fosse individualizzato sull'utente sarebbe unico.

Quarto passaggio: tra le specificità italiane c'è l'erogazione di una ampia componente di trasferimenti finanziari.

Anche su questo avete visto alcuni dati nella presentazione dei miei colleghi e se avete voglia di approfondire vedrete che nessuno supera il 50% dell'erogazione di interventi di Long Term Care in termini di erogazioni monetarie tranne l'Italia. Questo "cash" nel caso italiano è poi un trasferimento non vincolato quindi è in relazione a un bisogno, ma non in relazione all'acquisto di modalità di soddisfacimento a quel bisogno.

Quinto punto: non è un caso che esista quindi un mercato di cure informali che non trova eguali da nessuna parte. Per ricordarci la portata di questo mercato noi abbiamo ricordato questo dato per capire dove sta il baricentro e gli ordini di grandezza di quanto è ampio questo mercato di cura informale: 640.000 dipendenti al Ssn e 800.000 badanti stimate nel paese.

Quali spazi di manovra abbiamo a disposizione? **(slide 23 e 24 pag. 40)** Ci sono tre aree di manovra: una è andare a reperire le risorse per finanziare i servizi, l'altra è lavorare dentro il modello di prestazione dato e l'altra ancora è innovare il modello di servizio.

Che cosa si può fare sui modelli di finanziamento? Dando per scontato che l'assetto dell'offerta vada bene così com'è oggi – ovvero che abbiamo bisogno dei servizi in Rsa così come sono, del Sad così com'è... – come possiamo fare a ridurre il gap che c'è tra i soggetti che abbiamo in carico e la possibilità di ampliare i tassi di copertura, (posto che tutti i sistemi hanno dei tassi di copertura della popolazione molto limitati)?

Se ragioniamo non sulla domanda ma sulla popolazione, su chi ha un fabbisogno abbiamo due problemi: il primo problema è che bisogna vedere chi stiamo considerando, se è coerente con le priorità di policy fissate oppure no; poi abbiamo un secondo problema, nel momento in cui volessimo dare per buono che chi è dentro al sistema ha bisogni più critici di altri e volessimo espandere rispetto ad altri casi, che cosa si può fare? Una possibilità per aumentare le risorse a disposizione è ad esempio l'introduzione di una tassa di scopo. È evidente che questa mi sembra una cosa realisticamente poco praticabile e allo stesso modo mi sembra realisticamente poco praticabile il tentativo di introdurre delle assicurazioni obbligatorie. Una terza leva per l'espansione delle risorse, su cui in questo momento c'è mol-

ta attenzione, è ciò che viene definito come secondo welfare, oggi in via di sviluppo e che non sappiamo ancora che portata potrà assumere, ma soprattutto non sappiamo se avrà base professionale piuttosto che territoriale. Sono due cose ovviamente molto diverse e, quindi, con potenzialità di impatto sull'articolazione del sistema in termini quantitativi e in termini di equità differenti.

È difficile quindi immaginare realisticamente di avere dei grandi spazi di espansione delle risorse, sia sul fronte di un aumento di prelievo di parte pubblica, che può essere la tassa di scopo ma anche un'assicurazione obbligatoria, sia andando nella direzione di un secondo welfare che potrà anche espandersi però si espande in un paese che ha un Pil da 26.000 Euro pro-capite e non da 31.000 Euro, dove quindi anche i margini di espansione vanno realisticamente considerati. Una seconda area tematica è quella della maggiore integrazione delle risorse già disponibili. Avendo noi un sistema di ripartizione delle risorse molto frammentato si sostiene che, se queste risorse venissero integrate in modo più forte, cioè sostanzialmente se le risorse Inps venissero articolate in modo integrato con le risorse gestite dalle Regioni e dagli enti locali, probabilmente avremmo una capacità di espandere la nostra offerta.

Abbiamo richiamato nel testo sia le ragioni che vanno nella direzione di questa proposta sia quelle che meno la sostengono. Noi, più che stare sul ragionamento di policy, ci occupiamo della sfera di progettazione di servizi, e rispetto a ciò farei semplicemente questo ragionamento: il presupposto per ognuna delle cose che ho detto fino a qui è che ci sia una riforma istituzionale. Io credo che sia importante ragionare su quello che si può fare realisticamente e praticamente: se ci sarà in futuro una riforma potremo ragionare su quello, ma intanto che questo non accada, ragionando sulla riforma c'è il rischio di perdere lo spazio di responsabilità che è ampiamente dentro i contesti locali, come dimostrano tutti i dati che abbiamo evidenziato che ci dicono di ampi spazi di decisione locale che sono a disposizione già oggi degli attori.

Segnalo che nel momento in cui noi aspettiamo una riforma che integri a monte le risorse, nulla

ci vieta di iniziare a integrarle a valle. C'è una integrazione del budget a monte e c'è una integrazione delle conoscenze a valle basate sul fatto che i sistemi conoscitivi dei territori ragionano complessivamente sulle risorse limitate del proprio perimetro. Ma c'è anche un salto di paradigma nel senso che se si integrano a monte vuol dire che si considera come integrazione il fatto che nello stesso contenitore si mettano le stesse risorse mentre se si integrano a valle vuol dire che si considera integrazione il fatto che ci si ponga la domanda se sono più capace di altri di proporre un modo per connettere e integrare diverso da quello che attualmente è in campo. Nel caso della non autosufficienza, ad esempio, mi chiedo se il nostro sistema di servizi può essere in grado di proporre alle famiglie qualcosa di più interessante del sistema più inappropriato esistente al mondo che è il sistema delle badanti oggi prevalente. Da questo punto di vista passare dall'integrazione a monte all'integrazione a valle vuol dire passare da un modello più meccanico, in cui ragiono sul budget che detengo, a un modello più negoziale, in cui cerco di costruire le condizioni per entrare in relazione anche con il budget che detengono altri, sapendo che questa relazione è basata sul fatto che le mie proposte siano sufficientemente convincenti e attrattive per gli altri perché le possano prendere in considerazione.

Rispetto ai modelli di prestazione una prima area di manovra – anche questa per certi versi un modo per espandere la nostra dotazione di risorse – è recuperare al massimo i livelli possibili di efficienza. Io credo che questo vada fatto perché è anche una pre-condizione per fare qualunque scelta successiva. Credo però che dobbiamo essere molto precisi e molto chiari dal punto di vista concettuale.

Ogni volta che configuro un processo produttivo per fare le stesse cose con lo stesso standard ho fatto efficienza; nel momento in cui modifico la dinamica contrattuale piuttosto che ridurre gli standard di intervento, piuttosto che introdurre dei cambiamenti nel modello di servizio nel tipo di prestazione di offerta che faccio, è un'altra cosa. È una cosa assolutamente legittima, semplicemente non è efficienza. Chiamare la rinegoziazione contrattuale, piuttosto che la revisione degli standard, piuttosto che lo spostamento dei

confini di co-payment degli utenti, efficienza non è corretto. Non vuol dire che non si possa fare, vuol dire però che va nel campo delle scelte e non va nel campo del semplice recupero e miglioramento di capacità gestionale. È qualcosa di più importante che attiene alle scelte che si fanno su quali siano le priorità in un contesto pubblico. Da questo punto di vista è un valore da perseguire, tenendolo però molto distinto da altri elementi che devono essere messi dentro la sfera del dibattito.

Una seconda cosa che si può fare, sempre tenendo il modello di prestazione, è lavorare di più sull'appropriatezza. Lavorare sull'appropriatezza vuol dire lavorare prevalentemente connettendo le singole organizzazioni, perché se c'è un esito di un modello frammentato è l'inappropriatezza, nel senso che nel momento in cui ti rivolgi in modo frammentato al sistema di interventi è naturale che questo generi tendenzialmente una risposta non coerente con il bisogno, talvolta anche ridondante rispetto alle esigenze delle persone. Nel momento in cui andiamo a lavorare sull'appropriatezza incominciamo a introdurre delle possibilità di ri-lavorare su un paradigma diverso, perché l'appropriatezza non la trovo tendenzialmente nel lavoro fatto dalla singola organizzazione, ma la trovo al confine della rete interistituzionale tra le organizzazioni. L'appropriatezza la governo se Comune e Asl hanno un budget condiviso su un sistema di utenti, non la governo se Comune e Asl discutono caso per caso dove questo debba essere allocato; difficilmente potrò governare l'appropriatezza scrivendo dei protocolli o profilando delle tipologie di utenti, perché starò semplicemente alzando il tiro del gioco dello scarica barile tra i diversi interlocutori. Allora abbiamo bisogno di alzare la soglia di negoziazione interistituzionale, ma è un piano di lavoro interessante su cui possiamo andare a lavorare.

A noi sembra complessivamente che queste piste siano attualmente le piste che ci dicono cosa possiamo fare per migliorare in una logica incrementale, lasciando sostanzialmente il sistema così com'è e che l'appropriatezza delle piste che ho descritto sia quella che mette un po' più le mani dentro il sistema, cerca di lavorare un po' di più sulla connessione, tende a ingegnerizzare

all'interno del sistema dei set di prestazioni che rimangono dei set dati. **(slide 25 pag. 41)**

Noi siamo convinti che, in questo momento, valga la pena di provare a immaginare un'altra partita cioè la partita in cui ci si comincia a interpellare anche sui servizi.

La differenza tra prestazioni e servizi **(slide 26 pag. 41)** è che la prestazione è quello che io faccio ed erogo, il servizio è quello che arriva al beneficiario, quindi il servizio è fatto di prestazioni. Se parlo di servizi mi occupo di ciò che arriva a destinazione, mentre se parlo di prestazioni mi occupo di ciò che parte. Se parlo di servizi parlo del destinatario e se parlo di prestazioni parlo del mittente.

Può convenire parlare del destinatario? Un sistema che classicamente ha il problema di fare argine nel rispondere alla domanda, sa che fare argine nel rispondere alla domanda significa sempre lasciare fuori qualcuno. Cos'è che rende sensato parlare di più del destinatario? È l'immaginare che, se capisci meglio quali sono i problemi del destinatario, puoi forse ampliare la platea perché quel destinatario, oltre a mettere in campo esigenze, può mettere in campo anche risorse.

Noi abbiamo oggi un sistema di interventi che tendenzialmente, se frammenta i destinatari sul set di prestazioni definite nell'ambito di una piattaforma, difficilmente è in grado di riconoscere che gli anziani non autosufficienti sono i detentori di una quota molto significativa del patrimonio immobiliare di questo paese che, per loro, rappresenta un onere molto critico. Questo patrimonio se non viene rimesso in circolazione con un supporto di tipo pubblico, almeno in termini di garanzia, rischia di essere qualcosa che diventa la preda di altre forme di mercato in cui, in assenza di qualunque tipo di regolazione, si possono correre anche dei rischi speculativi non indifferenti. Questo stesso sistema è un sistema che non sempre ha bisogno del ricorso a prestazioni professionali, come quella delle badanti, perché a volte ha bisogno di altre cose come maggiore flessibilità e maggiore capacità di ascolto. Le famiglie nel nostro paese, in questo momento, sono disorientate rispetto a un tema ad altissima prevedibilità e difficilissima gestione come il tema della non autosufficienza e di fronte a sé hanno un sistema che offre un sacco di prestazio-

ni con meccanismi di accesso molto frammentati, che introducono dei problemi enormi di equità e che contemporaneamente non prendono in carico le esigenze di ricomposizione, non fanno brokeraggio rispetto ai fabbisogni di integrazione delle famiglie che sono quelli su cui hanno le esigenze più critiche.

Da questo punto di vista il tema è: possiamo continuare a interpellarci noi e anche gli altri? Forse dovremmo cominciare a interpellarci di più sul fatto che, rispetto ad alcuni bisogni, il nostro paese – dando anche molti trasferimenti finanziari mentre dà poco in termini di servizi – è un sistema in cui sostanzialmente una maggiore capacità di produrre servizi, cioè di produrre qualcosa che sia centrato su una lettura dei bisogni e sulla identificazione di target, può generare valore e anche generare risorse, in modo tale da costituire una platea più ampia rispetto alla quale potrebbe essere anche possibile interloquire in termini di prestazioni. Vuol dire, in qualche modo, immaginarci in un sistema di welfare che fa veramente un salto di paradigma e cioè che non dice “questo è il set di prestazioni che ho, questo è il modello ed erogo dentro le prestazioni”, ma che in qualche modo si immagina che ci sia meno bisogno di erogare e più bisogno di ricomporre. Che ci sia più bisogno di connettere che di rispondere a domanda e che c'è più bisogno di fondare la propria capacità di progettazione sui bisogni da esplorare e da comprendere qui ed ora, che non su bisogni pre-definiti e letti una volta per tutte come se fosse possibile rispondere in modo univoco a bisogni così differenti.

Noi abbiamo provato a ricostruire questa mappa e ci sembra che, per lavorare sull'espansione delle risorse in termini di contribuzione di scopo e di assicurazione obbligatoria, siano necessari dei processi ampi di riforma.

Se si vuole lavorare sul secondo welfare anche qui bisogna attrarre le risorse private però è anche necessaria la revisione dei processi di riforma, in modo da connettere ciò che accade nel secondo welfare con ciò che accade nella dinamica pubblica.

Se si vuole lavorare, invece, sul modello di prestazione è necessario lavorare in termini di cambiamento organizzativo, se si vuole produrre efficienza.

Mi sembra che siamo dentro a uno tsunami tale, in questo momento, che se non immaginiamo che dobbiamo dotare anche i nostri servizi di una capacità di pensiero e di rappresentarci una funzione diversa da quella che hanno avuto tradizionalmente, è difficile pensare che ne saltino fuori facendo le stesse cose che facevamo prima della crisi.

Se vogliamo, invece, lavorare sull'innovazione sociale abbiamo bisogno di un salto paradigmatico che non sia il lavoro sui bisogni clinici, ma che sia il lavoro sui bisogni di un sistema integrato utente-famiglia.

Siamo convinti di fare un'ipotesi che, dal punto di vista valoriale, ci soddisfa ma non la proponiamo in quanto ipotesi valoriale, siamo convinti che se non abbiamo un sistema che è più capace di leggere dei bisogni, non avremo mai un sistema che è più capace di rimettere in circolo delle risorse.

Il problema frammentazione è che da un lato rende molto più distanti i modelli di intervento rispetto ai bisogni delle persone. Gli interventi tendono a essere molto meno equi. Più il sistema è frammentato più sbriciola la possibilità di produrre equità e lascia ampia autonomia alle parti in gioco e questa ampia autonomia delle parti la possiamo giudicare positiva o negativa, però è un dato e io credo che nel momento in cui c'è è meglio valorizzarla che mandarla al macero, ricordando che genera però un elevato bisogno di connessione. Le risposte puramente prestazionali, cioè set di risposte pronte per set di domande già configurate, aumentano la frammentazione e tengono bassi nei livelli di equità, non attivano le risorse delle persone quindi non rimettono in circolazione i patrimoni (pensate al problema delle giovani famiglie e i circuiti che si potrebbero attivare), non danno spazio e autonomia delle parti e non favoriscono la connessione.

Da questo punto di vista, la nostra idea/convinzione è che sostanzialmente, in un momento come questo rispetto ai limiti che i dati ci hanno fatto riconoscere su tutti i modelli che abbiamo analizzato, non possiamo ragionare come se fosse sostenibile una rincorsa a set prevalentemente prestazionali. Quindi dobbiamo riaprire i giochi, immaginarci di aprire anche dei percorsi esplorativi rispetto a sistemi che non sappiamo esatta-

mente fino in fondo in che direzione ci possono portare, però dobbiamo lavorare più sui servizi e meno sulle prestazioni, che vuol dire spostare il focus di più sui bisogni. Abbiamo bisogno di lavorare più sulla connessione e meno sull'erogazione e quindi il focus lo dobbiamo spostare meno dentro l'organizzazione e più dentro i network organizzativi. Abbiamo bisogno di riconoscere che c'è bisogno di dare spazio all'emergente e non solo al progettato perché, se non sappiamo ancora quali sono le cose che ci servono, dobbiamo costruire le condizioni perché emergano, cose che siano coerenti con ciò che ci serve quindi la nostra capacità di allestire delle piattaforme da cui emergono delle cose interessanti coerenti e rilevanti, è molto più importante della nostra capacità di decidere ex ante che cosa ci serve.

Dal punto di vista delle policy **(slide 26 pag. 41)** credo che i soggetti di policy in questo momento abbiano un grande margine di manovra per ampliare frammentazione o per indurre ricomposizione. Possono generare nei territori diagnosi condivise o, invece, azioni più orientate a essere coerenti con ciò che è stato dettato dalle policy. Quando ti dico questo 'è il budget per fare questa cosa' ti sto chiedendo compliance, Quando chiedo ai territori di lavorare in termini integrati sull'équipe in ambito socio-sanitario, sto promuovendo più ricomposizione che frammentazione. Gli attori di policy possono favorire innovazione e possono ostacolare innovazione.

Io credo che gli attori di policy che chiedono agli uffici di piano di rendicontare come spendono i soldi non stanno promuovendo ricomposizione, se chiedono agli uffici di piano di rendicontare come vengono spesi i soldi degli attori pubblici nel loro territorio stanno finanziando ricomposizione conoscitiva. Sono due cose completamente diverse, cioè più i soggetti che devono ricomporre parlano di sé più frammentano, più i soggetti che devono ricomporre parlano di ciò che devono ricomporre più è facile che stiano lavorando a integrare.

Dal punto di vista operativo che cosa dovrebbero pagare, secondo noi, le policy? Le policy dovrebbero pagare ricomposizione prima di qualunque altra cosa.

Credo che i dati, che abbiamo presentato, siano dei dati con cui ci presentiamo al cospetto degli

altri tre paesi come gli unici che non fanno neanche quante sono le teste dei propri utenti. Quindi credo che la vera riforma è sapere di cosa stiamo parlando. Questa sarebbe una grande prospettiva di risorse: sapere concretamente di quanti casi parliamo e in quali condizioni, mettendoci d'accordo su come ragionarci più complessivamente e in modo più condiviso all'interno del paese. Ma ancora più che all'interno del paese, all'interno di contesti locali tra i diversi attori che hanno responsabilità diverse e che, se non sono d'accordo su queste cose, inducono frammentazione invece che ricomposizione.

Da questo punto di vista intanto che questa ricomposizione viene promossa in termini di policy, evitiamo di far sì che parlare di policy significhi non prendersi le responsabilità sul governo micro, che sono quelle più facilmente gestibili e attuabili.

Io credo che da questo punto di vista ci sia uno spazio enorme perché chi fa management locale può cercare ancora di rincorrere il millesimo di euro in più di risparmio però non ci guida più tanto lontano. Oppure può cercare di aprire l'organizzazione, correre dei rischi, ma può giocare dentro o può giocare fuori, può spingere sull'innovazione oppure può rincorrere i set prestazionali. Credo che dobbiamo essere molto orientati a darci reciprocamente una mano per costruire dei sentieri conoscitivi che sostengano gli attori in questa difficoltà perché ovviamente aprire all'innovazione, in un momento in cui le risorse sono così scarse, è molto più difficile che in altri momenti e quindi si ha bisogno anche di essere più sostenuti e più riconosciuti.

Da un lato questo è un momento particolarmente difficile per il sistema di policy, però è anche un momento in cui è evidente che alcune cose non sono più sostenibili in termini di mantenimento dei modelli dati. Da questo punto di vista credo che sia anche un momento che può essere di straordinario vigore, mi verrebbe da dire, se posso fare una battuta, che abbiamo lavorato molto su dei sistemi di welfare orientati all'etica e alla razionalità ma credo che dovremmo aiutare un po' tutti quelli che ci lavorano per vedere quanto è bello lavorare lì dentro e quindi prendere in mano un po' di estetica e anche un pochino di creatività. ■



21 - IL WELFARE ITALIANO: MITO E REALTÀ

I dati sfatano alcuni miti del welfare italiano

La spesa eccessiva per il welfare
... ed evidenziano, al contrario:

La libertà di scelta

La centralità del welfare locale

La programmazione sociale integrata

L'inefficienza come limite principale

... ed evidenziano, al contrario:

L'Italia è il paese con la minore spesa per il welfare tra i quattro analizzati

L'Italia è il paese con la maggiore quota di trasferimenti monetari

Le risorse degli enti locali sono minime

Risorse e conoscenze sono ancora molto frammentate e disperse

La dotazione di risorse è molto inferiore



22 - LA LONG TERM CARE: ELEMENTI DI CONVERGENZA E SPECIFICITÀ ITALIANE

Convergenza

- Nessun sistema è universalistico rispetto alla Long Term Care
- Welfare di attesa (on demand...)
- Rinegoziazione offerta produttore – utente (co-payment implicito...)

Specificità italiane

- Maggiore frammentazione
- PAI limitato alle prestazioni erogate
- Progetti distinti e separati sul singolo utente
- Trasferimenti finanziari non vincolati
- Ampio mercato della cura informale



23 - SPAZI DI MANOVRA: FINANZIAMENTO, PRESTAZIONI, SERVIZIO

• Modelli di finanziamento dei servizi

- Espansione risorse
- Integrazione risorse

• Modelli di prestazione

- Efficienza
- Appropriatelyzza

• Modelli di servizio

- Attivazione risorse
- Integrazione conoscenze



24 - SPAZI DI MANOVRA: FINANZIAMENTO, PRESTAZIONI, SERVIZIO

Paradigma		Paradigma prestazionale/individuale		Paradigma di servizio/connessione
Spazi di azione		Modello di finanziamento		Modello di servizio
Prospettive:		Espansione delle risorse	Integrazione delle risorse	
Driver attuativi	Riforma	Contribuzione		
	Riforma	Tassa di scopo		
	Riforma	Assicurazione Obbligatoria		
	Riforma + Risorse private	Secondo Welfare		
	Riforma		Integrazione delle risorse	
	Cambiamento organizzativo			Efficienza
	Cambiamento inter-organizzativo			Appropriatezza
	Innovazione Sociale			Riposizionamento interventi sui bisogni



La frammentazione genera:

- Distanza tra modelli di intervento e bisogni delle persone
- Scarsa equità degli interventi
- Ampi spazi di autonomia delle parti in gioco
- Alto bisogno di connessione

Le risposte prestazionali

- Amplificano la frammentazione
- Mantengono bassi livelli di equità
- Non riconoscono i bisogni/Non attivano risorse
- Non danno spazio all'autonomia delle parti
- Non favoriscono connessione

... La rincorsa alle prestazioni non è sostenibile



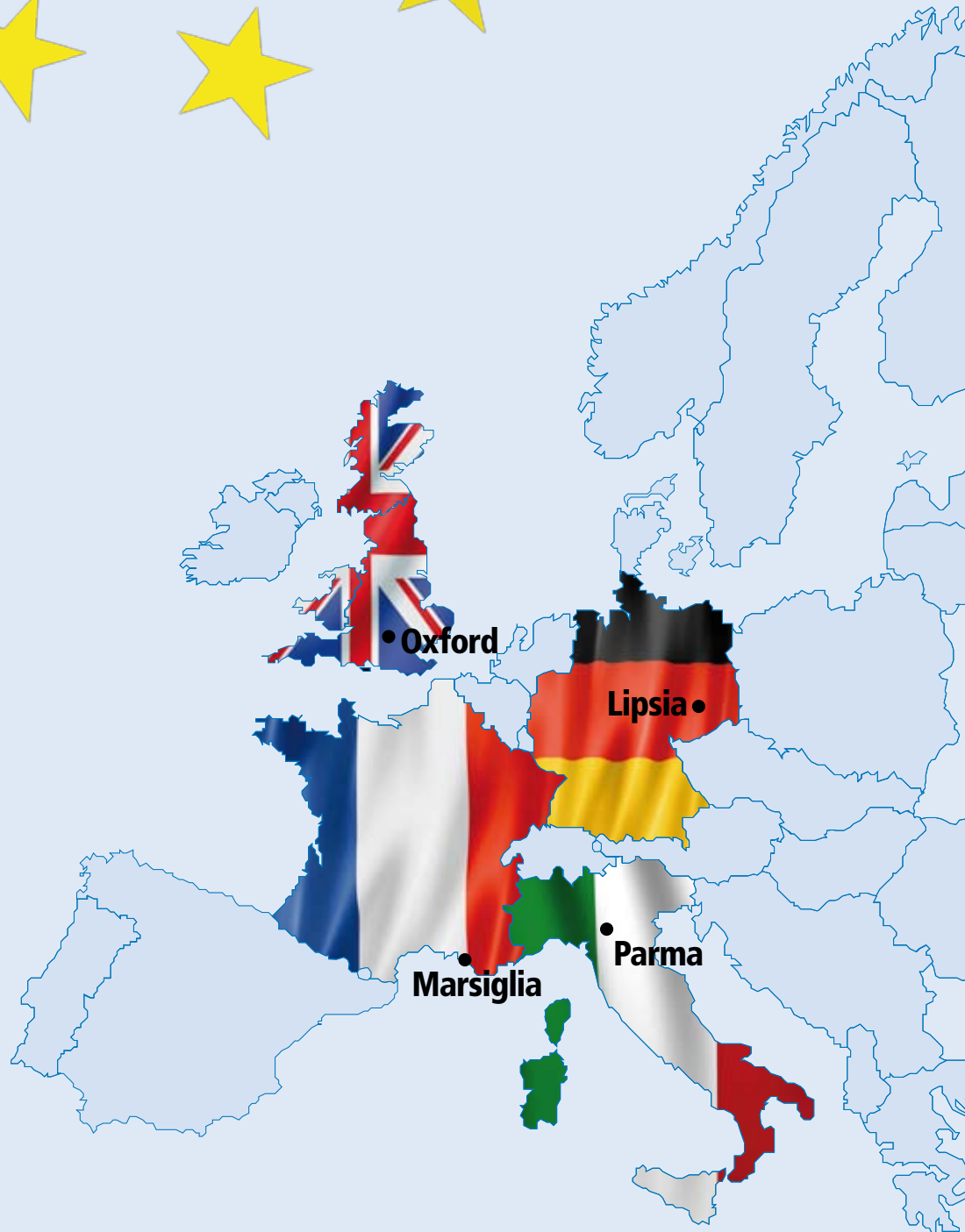
Una prospettiva di innovazione degli interventi per la Long Term Care

Prestazione - Servizio
Erogazione - Connessione
Progettato - Emergente

Policy: può ampliare la frammentazione o indurre ricomposizione, può generare diagnosi condivise o azioni orientate a "compliance", favorire innovazione o ostacolarla.

Management: può indurre focus interno o sui network, può promuovere innovazione e apertura su nuovi bisogni o rincorsa alle prestazioni su fonti di finanziamento definite e limitate.

IL DIBATTITO



GLI ENTI LOCALI PROMOTORI DEL NUOVO WELFARE

Dibattito coordinato da **Francesco Longo**, *CeRGAS, Università Bocconi*

Francesco Longo

Voglio raccontare un aneddoto mentre i nostri ospiti prendono posto.

Una Asl, non vi dico quale, ha l'elenco nominativo di tutti i non autosufficienti, che sono coloro che hanno fatto domanda di un assegno di accompagnamento, quindi si sa esattamente chi sono. Ci sono dieci centimetri di carta che dimostrano che quei dati non si possono usare come da privacy, sarebbe un peccato mortale chiedere a chi ha fatto domanda di un assegno di accompagnamento di firmare e dire: 'non possiamo usare i suoi dati magari per offrirle dei servizi?' Però riusciamo quasi ovunque ad



Francesco Longo

avere i nomi di tutti quelli che sono non autosufficienti e non avere accesso al database. È un miracolo nel senso che mentre gli Stati Uniti spendono milioni di dollari per generare il database noi ci allarghiamo e spendiamo milioni di euro per non usarlo. Poi qualcuno di nascosto li ha usati ed è andato a incrociare i non autosufficienti e quello che è venuto fuori è che i più gravi erano a casa con niente, mentre quelli con livello intermedio erano tutti dentro i servizi. Il fatto che è stato scoperto è stato motivo di più per non fare più intrecci di questo tipo. Questo era solo per dire che c'è una reale concreta possibilità, coi database che abbiamo e coi sistemi informativi che abbiamo, di creare ricomposizione come invitava a fare Giovanni Fosti.

Volevo fare due giri di tavolo abbastanza veloci su due domande. La prima domanda molto semplice: di questi casi paese cos'è che vi ha colpito di più cioè qual è la lezione che secondo voi è più interessante da apprendere?

La seconda domanda che faremo nel secondo giro è: quali logiche, occasioni e strumenti di ricomposizione delle risorse avete già visto intravisto o vissuto a livello locale oppure pensate che a livello locale sia possibile agire?

Partiamo dalla prima, **di tutte queste esperienze viste cos'è che vi ha colpito di più sul piano emotivo?**

Laura Rossi, *assessore alle Politiche sociali Comune di Parma*

È una conferma rispetto a quello che, in qualche

Laura Rossi



modo, sappiamo e cioè il sistema Italia spende moltissimo rispetto al sistema pensionistico, assegni di accompagnamento e poi, a livello locale, abbiamo pochissime risorse. Quello che mi colpisce, e mi colpisce tutti i giorni visto dal territorio, è che peraltro non è più possibile emarginare il sistema di servizi a compartimenti stagni quindi sono molto d'accordo rispetto a tantissime cose che sono state dette oggi.

Anche parlare della long term care senza collocarla dentro un sistema più ampio è qualcosa di assolutamente riduttivo.

Il sistema dei servizi negli ultimi tre anni si è completamente rivoluzionato, noi vediamo dal punto di vista dei bisogni dei servizi: arrivano bisogni che fino a tre anni fa non esistevano. Sta esplodendo il mondo e noi siamo ancora qui a costruire servizi in modo settorializzato, frammentato, basato sulle prestazioni e nel frattempo c'è quel mondo che sta esplodendo che noi non prendiamo neanche in considerazione. Non dico in carico perché non siamo strutturati per farci carico di tutto quello che sta succedendo, ci sono povertà immense che sono aumentate, ci sono nuovi bisogni che richiedono davvero coraggiosi cambiamenti di prospettiva nelle risorse. Io parlo di un bilancio di 46 milioni di euro e spendiamo 37 milioni su tutta la non autosufficienza.

Credo che, se non si fanno scelte coraggiose per

cambiare questa proporzione, non riusciremo a tenere rispetto alla coesione sociale e ai bisogni nuovi che stanno arrivando ai servizi.

Virgino Marchesi, *Staff dell'assessore alla Famiglia, solidarietà sociale e volontariato, Regione Lombardia*

Il primo problema è che stiamo parlando di sistemi che oramai, in gran parte, usano il concetto che siamo in sistemi a risorse definite e, quindi, che l'ipotesi di tipo espansivo in tutti e quattro i paesi sembra essere un tema da affrontare. Diversi sono i possibili approcci, il vero problema è che l'asse su cui sembra muoversi la gran parte dei sistemi è il riprendere in mano il concetto dell'appropriatezza e della presa in carico. Sempre, quando si parla di paesi, nel sistema di welfare diventa un po' un problema perché sono completamente diversi i modelli a cui facciamo riferimento. Io ho letto e studiato tutto il modello Parma: è totalmente diverso dal modello di un'altra città in un'altra regione e questo rende estremamente problematico il governo complessivo; però mi pare che ci sia un tema sul tavolo che viene posto in tutto il libro: il fatto che noi stiamo affrontando un problema che è oggi quello della disabilità e della non autosufficienza e che è profondamente cambiato in questi venti anni. Abbiamo persone anziane ultraottantenni che diventano disabili, abbia-

Virgino Marchesi



mo i disabili che diventano anziani, abbiamo il tema dell'affrontare la problematica complessiva di gravissime disabilità in condizioni totalmente diverse.

Questo evoca la centralità di una relazione fra i cosiddetti fragili e gli accidentati che sono gli accidentati familiari. Su questo credo ci sia un tema: l'appropriatezza dell'incontrarsi con il progetto di vita di queste persone e di queste famiglie, dietro al quale poi nasce il tema del pay, secondario rispetto alla centralità del progetto di vita per chi vive in un paese come il nostro, dove il tema del ruolo della centralità degli accidentati familiari è fondamentale.

Il tema dei badanti è profondamente diverso, abbiamo dei dati su classi di giovani adulti e anziani. Il tema dei badanti nell'area dei giovani con gravissimi disabili giovani è marginale, è elevatissimo nell'area degli anziani perché tende a sopperire una dimensione di bisogno assistenziale, ma non riesce ad affrontare il tema della cura e questo ci porta a una serie di analisi completamente diverse. Mi fermo qui poi sui dati ragioniamo.

Siria Trezzi, sindaco di Cinsello Balsamo

Io faccio una riflessione un pochino più generale rispetto a quello che è emerso. Intanto abbiamo dichiarato che abbiamo sfatato un mito cioè che non siamo il paese che spende più di tutti per quanto riguarda i servizi e, comunque, ci siamo occupati nel tempo più delle prestazioni (io da assessore lo so benissimo) che dei servizi e della programmazione dei servizi e che abbiamo lasciato all'interno degli interventi più i soldi in mano che l'offerta di servizi. E già questo è un contesto, però mi viene da dire, a livello normativo generale, che in realtà siamo di fronte a una normativa che per alcuni aspetti è abbastanza lacunosa e che abbiamo anche un po' trascurato.

Sostanzialmente negli ultimi anni quando parliamo di welfare parliamo di lavoro e di reddito e non parliamo quasi più di servizi. Abbiamo fatto l'ultima legge importante, la 328, una legge che doveva riformare, stravolgere e ripensare quello che era il sistema dell'offerta dei servizi, infatti è stato fatto ma anche lì l'abbiamo lasciata un po' irrisolta e monca. Manca una



definizione di quelli che sono i livelli essenziali e i Lea, di fatto abbiamo interrotto da questo punto di vista un plus di pensiero. Allora se c'è una cosa da fare è dire come riprendiamo questi temi, in che modo e attraverso quali principi importanti.

Secondo me quando si dice: 'non possiamo più preoccuparci di non autosufficienza' ossia di una situazione tra l'emergenza e l'assistenziale, si sbaglia, non è così. È un dato di fatto che ci accompagnerà da qui a un tempo infinito e quindi va ripensata la modalità di intervenire. In fondo la non autosufficienza è uno strumento, se fosse invece un piano con una relazione più completa che ci permetta di capire dove stiamo andando, sarebbe in qualche modo più adeguato.

Un conto se ci occupiamo dell'emergenza ludopatia in questo momento è nata, è forte e c'è e ci diamo degli strumenti per rispondere. Qui non ci occupiamo di una cosa che è nata adesso, è forte, c'è e in qualche modo potrebbe essere contenuta o invertita, stiamo pensando invece a un dato di fatto cioè c'è una popolazione che sostanzialmente invecchia. Tutti diventeremo non autosufficienti, sempre di più dal punto di vista numerico, avremo situazioni paradossali di genitori e figli probabilmente non autosufficienti, avremo disabili che diventeranno tutti anziani non autosufficienti e allora da questo punto di vista dobbiamo ripensare non solo quello che è

il sistema dell'offerta dei servizi ma anche l'organizzazione del modello sociale.

Un tema banalissimo che è stato sollevato è quello delle case, degli anziani che lasciano le case che diventano appartamenti vuoti e sfitti o affittati in nero. Un gravame sociale per le famiglie, ma, vi assicuro, un gravame sociale per chi diventa in qualche modo tutore di questi anziani, in modo particolare il Comune. Anche qui, attraverso gli strumenti di carattere urbanistico nel piano dei servizi, va pensato un percorso di riutilizzo o di cambiamento rispetto ad alcune definizioni. Anche nel tema dell'abitare le Rsa non sono una risposta. La non autosufficienza va comunque pensata anche in un contesto sociale che deve in qualche modo cambiare.

Lascio aperto il tema sulla compartecipazione e il ruolo della famiglia perché qui devo dire che essendomi scottata direttamente alzo in qualche modo bandiera bianca.

Attilio Fontana, Presidente Anci Lombardia

Quest'ultimo argomento è stato affrontato in maniera sbagliata, nel senso che è sembrato che la nostra richiesta di compartecipazione fosse una richiesta che andava verso un'ingiustizia sociale, mentre andava esattamente nella direzione opposta perché, alla fine, la mancanza di risorse rischiava di penalizzare chi veramente aveva bisogno della nostra compartecipazione.



Attilio Fontana

Io credo che quello che ha detto prima l'assessore Rossi sia fondamentale. Le risorse nei confronti dei Comuni sono sempre minori, ma anche i tipi di politica che si stanno portando avanti vanno a togliere valore a livello di programmazione, a livello di partecipazione diretta alle scelte che si fanno su questo tema e questo è un aspetto sicuramente negativo.

La scelta del voucher è un'altra scelta che crea dei problemi nel momento in cui l'erogazione non avviene tramite una partecipazione diretta dei Comuni, cioè c'è il rischio che il mettere delle risorse in tasca all'avente diritto comporti una spesa non opportuna e non appropriata e il ritorno della stessa persona nei nostri Comuni con nuove richieste perché non è riuscita a dare riscontro alle necessità che aveva.

Tornando alla domanda io credo di avere condiviso quasi tutto quello che è stato detto e credo di poter dire che fra i tre punti che mi hanno più colpito la frammentazione è sicuramente il tema sul quale dobbiamo ragionare. Credo, infatti, che sia impensabile continuare a dare delle risposte così parziali.

Progettazioni non dialoganti e distinte è un altro tema che oltretutto comporta una perdita di risorse immensa. Questo è un argomento sul quale *mi imbestialisco* da quando ho iniziato a fare questa attività: noi sprechiamo tantissimi soldi e tantissime risorse perché ci sono troppe associazioni, istituzioni ed enti che fanno lo stesso lavoro. Tutte fanno lo stesso lavoro con una piccola distinzione 'io faccio anche quello'. Dico che la prima scelta – questo vale per tutto nel nostro paese – deve essere stabilire chi fa che cosa, altrimenti non si va da nessuna parte.

Ultima questione quella dei trasferimenti non vincolati. È un aspetto per cui ritorno a quello che avevo detto prima: c'è il rischio anche in questo caso di arrivare a degli sprechi di denaro che sono inaccettabili in un momento difficile come quello attuale.

Ultimo piccolo argomento che però fa parte della seconda domanda sulla quale io credo si dovrebbe fare una riflessione più complessiva è perché distinguere in maniera così rigorosa il bilancio della sanità dal bilancio dell'assistenza sociale, le due cose molte volte sono assolutamente collegate e sono intersecate e non sappia-

mo mai a chi compete. Noi Comuni, che non trattiamo la sanità, rimaniamo sempre fregati perché le nostre attese non rientrano nella sanità anche se forse farebbero più opportunamente riferimento alla sanità stessa.

Lorena Rambaudi, *assessore alle Politiche sociali, terzo settore, cooperazione allo sviluppo, politiche giovanili, pari opportunità – Regione Liguria*

Intanto vi ringrazio per questa ricerca perché credo che abbia dato la forza dei numeri e idee che tutti noi abbiamo in testa da tempo ma il nostro settore ha sempre difficoltà a quantificare; oggi abbiamo delle belle tabelline che rendono concreti i ragionamenti, quindi credo che siano molto utili e che le utilizzeremo anche in altri dibattiti non solo quello di oggi.

Rispetto ai quattro sistemi mi sembra di poter dire che è evidente che sono sistemi tutti complessi e tutti frammentati. Forse non ci può essere un modello da prendere a riferimento per gli altri, tutti avrebbero bisogno di modifiche di accorgimenti e di una riforma più complessiva, però, partendo da quello che penso io, mi riconosco molto nelle cose che ha detto Fosti rispetto al nuovo paradigma di welfare, pensando a un unico percorso, alla centralità della persona, a una spesa che sia una spesa programmabile che parte dalle esigenze della persona del bisogno e non dei budget e delle prestazioni. Spostare l'asse dell'erogazione monetaria a quella dei servizi e mantenere un migliore equilibrio fra spesa sociale e spesa sanitaria sono un po' i punti che considero centrali nel rivedere un sistema nuovo di welfare. Mi sembra che questi elementi non si trovino in un modello unico perché, se ho capito bene, la Francia e la Germania prevedono un unico percorso di accesso mentre noi no e già questo è uno spartiacque; l'Inghilterra spende molto. Se guardiamo l'indicatore di spesa è il paese che spende di più, quindi, potremmo dire che sicuramente ha una miglior copertura e anche una spesa piuttosto equilibrata fra sanità e sociale. Rimane però questo discorso di percorsi che sono molto separati e non integrati, mentre la mitica Germania ci ripropone un modello molto monetizzato e anche molto rigido e quindi non sempre

da prendere come riferimento. Sicuramente la Francia è quella che forse ha messo in atto più politiche qualificate per la famiglia in senso complessivo, quindi il tema della non autosufficienza si collega anche con politiche familiari che non sono solo politiche legate alle politiche sociali in senso stretto, ma sono anche politiche di sviluppo e di sostegno alla famiglia, politiche fiscali e altro, che sostengono di più.

Da questo punto di vista giusto partendo dalle cose e dai dati che più mi hanno colpito, facendo una grande critica al nostro paese, mi sembra che siano due le cose da dire. Una, spendiamo poco meno di quello che serve con meno copertura di quello che serve, però se vediamo il dato dell'indebitamento rispetto agli altri problemi non riusciamo a dare risposte ai nostri bisogni perché ci siamo mangiati i soldi prima. Quindi questo è quello che provoca poi un sistema di risorse definite, perché altrimenti è evidente che con quel livello di copertura e quel livello di spesa avremmo bisogno di ampliare le risorse, oltre che fare una serie di altre cose, perché ampliare le risorse senza cambiare non sarebbe comunque sufficiente.

Poi c'è questo dato sulla famiglia, che è veramente impressionante, perché credo che l'Italia abbia parlato tantissimo di famiglia. In tutti questi anni, i dibattiti credo siano stati veramente significativi ma evidentemente la poli-

Lorena Rambaudi



tica ha pensato che fosse sufficiente parlare di politica in termini valoriali, etici, definire qual è la famiglia, se ci piacciono le famiglie arcobaleno, se ci piacciono le famiglie tradizionali e in tutto questo dibattito ci siamo dimenticati che nel frattempo c'erano delle famiglie che erano sole, senza servizi.

Queste sono le due critiche che da politico mi sento di fare alla politica in senso generale, credo che potremmo prendere spunti da questi quattro paesi e provare a prendere un pezzo da ognuno perché ognuno offre spunti interessanti.

Ivan Pedretti, segretario nazionale Spi Cgil

Due punti mi hanno colpito, uno è quello della necessità di ricomporre i sistemi della governance tra il territorio e la regione e il livello nazionale, il secondo è quello delle risorse.

Gli altri paesi spendono di più, io non posso fare finta e pensare che gli altri spendono di più attraverso sistemi di governance più oculate delle nostre mentre io devo decidere di muovermi dentro quelle risorse a prescindere. Lo dico perché in questo paese c'è sempre questa discussione, non si può fare di più perché non ci sono le risorse. Le risorse diventano l'elemento discriminante di ogni scelta. Ma io vorrei provare a rovesciare il tema e stabilire come riesco a tutelare e a dare diritti a quelle persone e in virtù di quelle come recupero le risorse anche partendo da quelle che ci sono.

Dico questo per dire che occorre fare un ragionamento sull'intervento micro, ma non posso mai dimenticarmi del macro. Io ho bisogno di una grande riforma sull'assegno di accompagnamento, ho bisogno di una legge nazionale sulla non autosufficienza di livello centrale, bisogna che noi adesso cominciamo a ragionare sul titolo V – perché lo stanno discutendo nell'ambito del sistema di riforma costituzionale – e capire cosa succede anche rispetto alla ricomposizione delle titolarità dei diversi soggetti, Comuni, Regioni, Stato. Io penso che si possano fare delle cose anche recuperando risorse perché se l'intervento è veramente sull'assegno di accompagnamento, forse se lo rendo più trasparente e più preciso e adatto allo scopo funziona meglio. Siamo un paese sempre smemorato: in Italia spesso l'assegno di accompagnamento o i voucher, che viaggiano nei



Ivan Pedretti

territori, servono come integrazione a un reddito che è sempre più basso, per cui abbiamo un problema in più di come accrescere anche il proprio reddito.

Le due cose che mi hanno colpito sono queste, come ricomporre e qui c'è lavoro per tutti. A me piacerebbe un giorno discutere con l'Anci nazionale dei bilanci dei Comuni. Noi abbiamo l'anagrafe di tutti i bilanci dei Comuni italiani, comprese le Regioni, e sappiamo quali sono le scelte che i Comuni fanno ad un certo punto, se è meglio intervenire per ripianare un debito di una società partecipata o quelle risorse utilizzarle per intervenire sull'assistenza domiciliare. Proprio perché i dati li abbiamo, sono disponibile a discutere.

Io penso che si possano fare molte cose, le cose che qui ci hanno descritto. È possibile costruire una ricomposizione partendo però dal principio che il punto essenziale su cui cominciare a lavorare non è *quante risorse ho* ma *come riesco a dare un diritto a una persona che sta peggio delle altre* e su questo ricercare delle risorse e fare anche i giusti interventi.

E poi è inutile che facciamo finta di nulla: ci sono tante risorse dalla partecipazione che le famiglie mettono sul tavolo tutti i mesi per la non autosufficienza. Pagano le badanti una parte in nero e una parte in bianco e sono risorse che se in un sistema integrato fossero messe a

disposizione sarebbero tanti soldi utili per dare servizi migliori. Se aggiungiamo quello che sta avvenendo – e cioè la vendita delle case – la nuda proprietà rappresenta altre risorse che si potrebbero usare al meglio, quindi credo che la ricerca ci dia degli spazi territoriali oltre che nazionali.

Francesco Longo, *CeRGAS Bocconi*

I non autosufficienti nel nostro paese sono 2.300.000, 800mila hanno una badante, ne avanzano 1.500.000. Dei 2.300.000 più o meno un quarto sono in qualche servizio pubblico, circa 600mila, ne rimangono 1.400.000 di cui un milione si arrangia con nulla. Tra l'altro nel quarto che sono nel sistema pubblico – i 600mila – due terzi utilizzano il Sad o Adi, dire che sono dentro il servizio pubblico è un po' forzatura. L'intensità media è di due ore Adi alla settimana e tre di Sad. È stato detto da tutti che è un dato strutturale quindi va affrontato. Segnalo che diversi paesi hanno lavorato sulla ricomposizione in maniera diversa, tedeschi e francesi hanno cercato di ricomporre mettendo ex ante tutte le ri-

orse in un unico contenitore. Poi ci sono altre due iniziative di ricomposizione, la scelta che hanno fatto a Oxford. Quando arriva il soggetto pubblico e ti fa il Pai (Piano assistenziale individuale) te lo fa su cose di cui si ha bisogno: "tu hai bisogno di trenta ore la settimana? Purtroppo siamo in grado di dartene dieci, le altre venti compratele. Se vuoi puoi comprarle allo stesso soggetto che ti dà le dieci pubbliche". In Germania arriva la cooperativa che si è scelta e che ha in mano il voucher, 600-800 Euro di servizi al mese e dice: "se vuole posso offrirle per 1.200-1.300-1.400" quindi la ricomposizione la fa il produttore, la ricomposizione la fa il soggetto pubblico nel momento in cui fa il Pai. Nel modello tedesco la fa il produttore quando viene a casa e costruisce qualcosa ma in ogni caso sono esperienze diverse di ricomposizione.

Questo ci aiuta a chiedere, voi che esperienza di ricomposizione conoscete che ritenete utile e diffondibile già nella pratica del nostro paese? Pensate possano essere rapidamente implementate nel nostro paese?



Lorena Rambaudi

Sul tema della ricomposizione penso che ci siano due elementi importanti. Quello della spesa è fondamentale, la definizione e l'integrazione dei budget, ma è fondamentale anche capire la tenuta del tempo dei budget.

Un elemento che non mi sembra sia emerso è se queste risorse, messe a disposizione nei paesi, sono risorse stabili oppure no. Nel caso nostro non lo sono e questo non aiuta il livello della programmazione perché ogni anno non sappiamo quanti soldi abbiamo a disposizione per l'anno in corso. Questo vale per il fondo sanitario nazionale, vale per il fondo della non autosufficienza che si deve conquistare a ogni Finanziaria, vale per tutte le nostre voci di spesa. Per questo sono abbastanza d'accordo sul fatto che oggi si fanno le battaglie per avere più soldi, però sono abbastanza consapevole che la spesa di molto non si potrà aumentare; il fatto di avere anche le risorse che ci sono come risorse certe e poterle programmare fa fare un salto di qualità importante.

Intanto bisogna integrare le risorse che sono messe a livello pubblico, questo perché la spesa è in gran parte rigida, per garantire il sistema pensionistico, e risulta insufficiente la parte dedicata alle risposte sanitarie e sociali. Vi è un lavoro importante di ricomposizione della spesa. C'è, però, un problema di metodo di lavoro e di cultura. Nella mia esperienza ligure, sto cercando di mettere in campo idee forti che portano all'integrazione. Devo ammettere che si fa tantissima fatica perché processi, che dovrebbero essere quasi scontati e naturali, comportano nel realizzarli e concretizzarli fatiche tremende. Fatiche tremende a partire dal piano politico, che ha difficoltà a integrare e ragionare in termini di steccati a partire da rapporti fra pubblico e privato, a partire dalla qualità di lavoro nell'ente pubblico, che vuol dire una capacità degli operatori di lavorare in modo integrato accettando cambiamenti organizzativi che li fanno lavorare in modo diverso.

Credo molto in questa necessità di cambiare e di lavorare in modo diverso però, purtroppo, non è solo un problema di spesa. È evidente che il tema della spesa è pesante, quello delle risorse economiche è sempre il primo pensiero che

come amministratori abbiamo, ma serve anche un processo formativo e culturale perché – nonostante siano tanti anni che si esprimono certi concetti in termini di studio e in termini di intenti – declinare le cose è sempre difficile.

Anche l'idea di vedere il tema degli assistenti familiari, le badanti, la spesa privatistica – che comunque le famiglie sostengono – in una visione unica integrata è un passaggio che non è così facile e in cui forse c'è un gioco culturale che dobbiamo ulteriormente superare e quindi accompagnare come processo.

Ultima cosa, questa la dico come coordinatore degli assessori welfare, abbiamo ottenuto la scorsa settimana il primo tavolo della non autosufficienza. È un grande obiettivo perché da anni chiediamo che ci sia un confronto. Sono d'accordo con chi ha detto che la non autosufficienza dovrebbe essere considerata il primo livello essenziale, noi non possiamo ragionare su tutta la gamma dei livelli essenziali nel sociale di cui avremmo bisogno, quelli che forse sognavamo nel momento della 328. Siamo nella fase in cui dobbiamo fare delle scelte, però credo che i temi del contrasto alla povertà, della non autosufficienza e, soprattutto, dei minori allontanati dalla famiglia siano i tre elementi principali, il che non significa che le politiche sociali si esauriscano lì ma sono i tre elementi su cui è necessario e prioritario un ragionamento tra i diversi livelli istituzionali e, quindi, una considerazione di livello essenziale.

La non autosufficienza sicuramente sta nelle priorità che devono coinvolgere i livelli istituzionali, che devono vedere integrate le risorse, il fatto di avere ottenuto un tavolo romano in cui siedono ministero del Welfare, ministero della Salute e ministero dell'Economia, Regioni, Anci, e dal prossimo incontro anche le associazioni più rappresentative e i sindacati credo sia veramente un elemento importante ed è un'occasione da non perdere. C'è necessità della riforma perché è ovvio che, se andiamo a quel tavolo portando solo i problemi di casa e limitando le mille difficoltà che tutti abbiamo quotidianamente nel nostro diverso ruolo, faremo pochi passi avanti. Se quel tavolo sarà accolto come l'occasione per provare a ragionare sui temi che oggi ci proponete alla discussione e, quindi,

su come creare le condizioni, come integrare il budget, come cambiare il modo di lavoro e che paradigma scegliere sulla non autosufficienza allora è una bella occasione e magari fra un po' di tempo potremmo arrivare con qualche idea più chiara e condivisa.

Attilio Fontana

Innanzitutto un tavolo romano è una cosa che mi inquieta molto, sul fatto che possano uscire delle soluzioni... auguri assessore. A parte la battuta volevo dare una risposta a Pedretti, che ha fatto una battuta che non mi è piaciuta molto cioè che fine fanno i soldi che vengono messi per le partecipate.

Non si faccia travolgere dalla demagogia imperante. I dati li conosco sicuramente meglio io di lei e le posso dire che nel mio Comune le partecipate contribuiscono a tenere in piedi il mio bilancio perché contribuiscono a darmi delle risorse tutti gli anni. Se lei avesse guardato per aggregazione quei dati, forse si sarebbe reso conto che esiste un settore, in una parte del nostro paese, nel quale le partecipate funzionano e funzionano bene, un'altra parte nel quale 'funzionicchiano' e una terza parte nel quale

non funzionano minimamente. Allora non buttiamo via il bambino con l'acqua sporca come sempre si è soliti fare in Italia. Le parti che funzionano teniamocene ben strette e le parti che non funzionano, a questo punto, sicuramente eliminiamole.

Entrando nel merito della questione io sono assolutamente telegrafico perché credo che non sia necessario ripetere le cose che sono state già dette, credo che ci debba essere anche in questa materia una legge nazionale precisa che chiarisca come ci si deve comportare, che chiarisca quali devono essere i contributi portati dal privato e dalle famiglie, che chiarisca quali sono gli enti che devono intervenire. Soltanto da una razionalizzazione e da un chiarimento si possono trovare delle risposte che possono essere veramente utili per la nostra collettività.

Io sto cercando, anche nel campo del volontariato, di creare delle collaborazioni maggiori per evitare che ci siano delle sovrapposizioni inutili e delle perdite magari non di denaro ma di fatica sì, credo che questa sia l'attività e la necessità maggiore.

Ritorno al discorso che facevo prima, e chiudo, rispetto una maggiore integrazione tra budget





della sanità e budget dell'assistenza sociale: è fondamentale. Come Anci avevamo chiesto che ci fosse un unico assessorato proprio per evitare che ci siano delle sciocche rigidità che portano poi a delle guerre tra poveri che non hanno nessuna ragione di esistere.

Francesco Longo

Siamo tutti d'accordo sul budget unico tra sociale e socio-sanitario e poi non siamo d'accordo su chi deve governarlo.

Attilio Fontana

Un unico assessore.

Francesco Longo

Quali sono gli spazi di ricomposizione che vede a livello locale?

Ivan Pedretti

Ce ne possono essere molti. Comuni che si consorziano e che emettono libere risorse per dare delle risposte un po' più razionali. Si potrebbe pensare a una esperienza allargata delle case della salute, per esempio dove il cittadino trova l'Asl, i medici di medicina generale, gli assi-

stenti domiciliari, gli specialisti, ci sta la famiglia, cioè un punto di ricomposizione di diversi bisogni che la persona ha, soprattutto quella più in difficoltà.

Forse eviteremmo qualche non autosufficienza in più e qualche risparmio attraverso quel meccanismo. Abbiamo esperienze importanti in Emilia, in Toscana, in Friuli-Venezia Giulia, si possono fare delle cose. Si può negoziare con gli enti locali su quanto si spende in più sulle politiche sociali.

Ci vogliono tanti tavoli e tavolini sia a livello locale che a livello regionale e poi quello nazionale, cioè tanti confronti senza averne, il confronto mette insieme idee diverse e poi trova, probabilmente, delle soluzioni comuni. Magari sarà un pochino più lungo del decisionismo del sindaco, che decide per conto suo, però forse dà soluzioni migliori e ricompone anche i soggetti che operano nel sociale, spesso frammentati tra di loro.

Poi, sommessamente, direi di cominciare a dare parvenza a quel grande bubbone che si chiama badanti. Proviamo a ricondurle in bianco, diamo la possibilità alle famiglie che hanno una badante fiscalmente di poterla togliere, altrimenti non usciremo mai dal nero. Diamo la

possibilità a quelle persone di essere qualificate e professionalmente valide perché non è uguale assistere un normale non autosufficiente o un malato di Alzheimer. Ci vuole un po' di professionalità, proviamo a lasciare meno sole le famiglie e forse le famiglie ci potrebbero stare anche attraverso forme di tasse di scopo, questo se il servizio è più qualitativo, se davvero dà una mano e li sgrava un po'.

Io penso che la ricerca ci dia molte indicazioni su cui operare ma ci vuole un po' di buona volontà e di spirito comune perché poi le risorse ci sono: quel miliardo rubato in Veneto se lo destinavano per le politiche sociali sarebbe stati soldi. Non è che non vi siano mai le risorse, ci sono una molteplicità di risorse che vengono distratte, si provi a metterle insieme e forse qualche punto in più rispetto agli altri paesi lo raggiungeremo tra un poco.

Il mio invito è fare delle grandi riforme di innovazione perché qui hanno ragione loro, se non c'è una innovazione non c'è un cambiamento e

neanche la possibilità di trovare delle risorse. Dall'altro canto si può cominciare dal basso a costruire il terreno per dare le principali, minime risposte possibili a un problema che per un lungo periodo crescerà.

Ultima cosa, avete denunciato la povertà. La povertà sta crescendo e c'è stata una proposta con il governo Letta in cui si cominciava a lavorare per costruire l'assegno di povertà, ma bisogna anche lì trovare le risorse perché altrimenti denunciando solo un problema che si allarga e diventa grave, che però non avrà mai risposta perché non ci sono le risorse.

Francesco Longo

Sindaco Trezzi visto che precedentemente è stata anche assessore, che esperienze locali sono possibili di ricomposizione?

Siria Trezzi

Velocemente, anche perché siamo in attesa di nuove indicazioni del piano di zona della pros-



sima triennalità quindi ci attendiamo da questo punto di vista qualche novità. Intanto i percorsi di integrazione credo che partano dal presupposto che siamo tutti al tavolo allo stesso modo. In realtà questo non succede perché all'interno del piano di zona io sindaco, ma anche altri Comuni, decidiamo che quel piano di zona si occupa del bilancio dei Comuni non solo dei fondi e gli altri Comuni della spesa sociale, infatti se ci occupiamo solo dei fondi, che vengono generati, non facciamo più nessun tipo di programmazione. Però la presenza di Asl in questo caso è una presenza anomala perché Asl non mette sul tavolo il proprio bilancio distrettuale, Asl in quel caso è controllore e nello stesso tempo partecipa. Anche qui diciamo un attimo qual è il ruolo e che cosa stiamo programmando.

In più integrazione delle conoscenze e delle informazioni. Ebbene io credo che nelle linee guida si debba dare indicazioni specifiche in cui si dica che le banche-dati vanno integrate e che, in qualche modo, si facciano cadere i vincoli e che per creare punti unici di accesso ci debbano essere le condizioni di diritti base. Non credo che sia una cosa così complicata perché questo ci permetterebbe veramente di programmare.

Io oggi non so quanti sono i miei cittadini, quantitativamente nome e cognome, che hanno delle patologie degenerative complesse, che hanno l'Alzheimer, che hanno il Parkinson, che hanno le demenze senili.

Come faccio a fare un sistema integrato di servizi se mi mancano queste informazioni? La Regione Lombardia ha fatto un puzzle sulla disabilità sulla carta molto bello, ma il dato che emergeva è che non c'è un dato di conoscenza vero, fondato, completo sulla disabilità perché c'è una frammentabilità e c'è una modalità di lavoro, rispetto a chi si occupa di questi servizi, ingessata.

Lo dico anche per i servizi del Comune: è vero io sono dipendente pubblica, per i dipendenti pubblici in questo momento si cerca di fare in modo di dire: "non è colpa mia, si fa di tutto, speriamo che sia colpa di qualcun altro" che a sua volta dirà che non è colpa sua e questo è un meccanismo perverso, non ne usciamo più. Se, però, ci sono delle indicazioni per cui i Comuni

vengono premiati, premiati vuol dire premiati sul serio anche nella distribuzione delle risorse rispetto alle politiche di integrazione che mettono in campo, agevolati anche nelle politiche di integrazione, io credo che questo possa essere un segnale importante.

Se andiamo, invece, a pensare che negli anni abbiamo dovuto sostanzialmente occuparci in modo prioritario della rendicontazione ossessiva, io sono perché si faccia un controllo della rendicontazione giusta ma quando diventa l'attività prioritaria allora faccio un po' fatica, perché ci si occupa della prestazione.

Anch'io sono riuscita a occuparmi della prestazione di per se stessa ma ci piacerebbe occuparci dei servizi, che le nuove linee del piano di zona ci dicano, da questo punto di vista, in che direzione si va e che ruolo abbia all'interno di questa programmazione e che ruolo si può pensare di mettere in campo rispetto a criteri di premiabilità e riconoscimento di quelli che sono i percorsi di integrazione sui vari territori. Questo potrebbe essere un incentivo vero.

Attilio Fontana

Intanto in Regione Lombardia, è bene che ce lo diciamo, ci sono 57.240 posti di Rsa che costano 875 milioni di euro e 4.051 posti di Rsd, che ne costano 137. Il totale dei servizi socio-sanitari finanziati, questi sono i costi per Regione Lombardia, ammontano a un miliardo e 192 euro a cui si aggiungono un miliardo e 121 milioni per l'assistenza domiciliare integrata e ci porta a un miliardo e 300 milioni. Di questo stiamo parlando e, rispetto ad alcuni dati di altre Regioni, è affascinante il tema che i livelli essenziali decidono qual è la quota di spesa, ma non la quota dei posti.

Questo è un tema estremamente affascinante perché se ci si divertisse a proiettare i dati di tutto il resto d'Italia si scoprirebbe che, evidentemente, c'è talvolta un forte incentivo ma pochissimi posti letto. In Lombardia, stimiamo che gli anziani in carico ai servizi socio-sanitari siano 103.000, mentre tra Rsa e CdI eccetera sui 320.000, che è la stima che facciamo noi degli ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Questo per dire che è interessante e affascinante



questa rete con alcune caratteristiche su cui noi con la 856 abbiamo cercato di mettere mano. È una rete poco territorializzata, non è una rete di prossimità ed è una rete che, se costruita in base a un meccanismo domanda-offerta, risulta estremamente diversificata in ogni singolo territorio.

Sindaco, visto che fa parte del piano di Cinisello, a fianco a lei c'è Sesto San Giovanni e vicino c'è Milano: il numero di posti letto per abitanti 65enni nell'area di Sesto San Giovanni è meno della metà di quelli che hanno a Cinisello Balsamo, il che vuol dire che un primo compito di ricomposizione è quello di cominciare ad aprire un capitolo sulla relazione fra la domanda e l'offerta e il concetto di prossimità.

La Rsa è una specie di supermercato a basso costo, dovunque sia, o è un servizio incluso in una rete territoriale di prossimità? Noi abbiamo cercato di disegnarla nella 856 come un servizio incluso, quindi sviluppando ragionamenti di altro tipo. In questo modo potrebbe non essere più vissuta come la fine di un percorso di vita che si agogna non avere mai.

Questo è il primo problema e credo di aver dato

la prima risposta; la seconda risposta: siamo molto soddisfatti e felici di avere fatto l'applicazione del fondo nazionale per la non autosufficienza, la delibera 740. Le persone con dipendenza vitale, che abbiamo in questo momento preso in carico con la delibera 740, sono 1.603. Di queste, ed è impressionante, più di 400 sono bambini, di cui 250 sono sotto i dieci anni, vuol dire che il 10% degli stati vegetativi è fatto di bambini sotto i dieci anni. Allora c'è un sommerso di cui tutti parliamo ma di cui in realtà poco conosciamo.

Con la 740 stiamo monitorando, non tanto i numeri semplici, ma i 1.603 progetti di vita che ci vengono restituiti con alcuni indicatori. Solo il 33% delle famiglie – che hanno un familiare in condizioni di dipendenza vitale – cerca la presenza di un badante, o meglio di un badante più altri accidentati, mentre il 66% gestisce con il solo familiare.

Questo ci pone un tema: la relazione oggi tra fragilità socio-economica e la disabilità. E il tema è la centralità di questa relazione come la governeremo nei prossimi anni, attraverso una voucherizzazione che rischia di diventare una

trappola? “Sei disoccupato accudisci e acquisti buoni”, ma il problema è: una relazione di questo tipo come la governiamo attraverso un meccanismo in cui l’economica governa le relazioni affettive?

Su questo apriremo un confronto col prossimo 740 con gli uffici di piano e coi Comuni. Ci hanno restituito anche altre cose ad integrazione. Noi facciamo i progetti insieme, abbiamo, ovviamente, monitorato anche gli stili e le programmazioni che, in autonomia, ogni singolo ufficio di piano ha fatto. Qui scopriamo che 21 uffici di piano su 97 hanno deciso che l’indipendenza nei disabili non esiste, che una quantità di uffici di piano ha deciso che il vivere in famiglia non va incentivato.

Allora il tema è confrontarsi, nella prossima stagione che sta per arrivare, sul regime nel quale indicazioni e opportunità si incontrano con stili programmatori sennò il rischio è di diffondere una cultura dell’integrazione centrale e della difformità territoriale, per cui i cittadini ti dicono: “perché se sto lì, non ho le stesse cose che se sto là?”. Su questa stagione dell’integrazione dovremo tutti farci un esame di coscienza.

Laura Rossi

Io dico una cosa positiva perché su questo tema dell’integrazione delle risorse credo che la Regione Emilia-Romagna qualche passettino in avanti l’ha fatto, soprattutto legato al tema della non autosufficienza.

Esiste in Emilia un fondo regionale di non autosufficienza che va a finanziare un po’ tutto il sistema dei servizi e anche ai disabili, mette insieme il fondo nazionale a livello regionale con tutti gli altri fondi, restituendoci, a livello provinciale e distrettuale, un fondo regionale integrato socio-sanitario con il quale è finanziato tutto il sistema dei servizi. Sistema che è governato normalmente dalle Asl, tranne che per il Comune di Parma.

Abbiamo fatto questa scelta diversa rispetto a tutto il resto dell’Emilia Romagna, perché crediamo che il governo della spesa socio-sanitaria debba stare in capo agli enti locali insieme alla programmazione dei servizi e di questo siamo molto contenti credo che sia stata una scelta importante e vincente.

Naturalmente il fondo regionale non autosufficienza non basta neanche a finanziare il sistema dei servizi per la non autosufficienza. I bilanci comunali devono integrare per forza, noi integriamo 15 milioni, ma altri Comuni molto meno, poi in base al budget si vede che tipo di qualità erogare sul territorio, però diciamo che la base per poter garantire il servizio essenziale c’è.

È solo una goccia nel mare perché oltre alla non autosufficienza ci sono tutta un’altra serie di fondi che, anche noi, dobbiamo assemblare di anno in anno aspettando che cosa succede, dal fondo sociale al fondo per l’affitto, che c’è o non c’è, sparisce. Tutta una serie di cose che non permettono una programmazione sensata su cosa fare nei territori, nel senso che stiamo tutti aspettando le macro riforme che servono dall’Isee, che ormai da due anni attendiamo pazientemente. Quello sarebbe già un buon segnale perché, perlomeno a livello redditi, per le persone con disabilità ci sarebbe il conteggio dei redditi ad esso esenti, però non è sufficiente. Serve una grande riforma e io credo che il problema non tanto sulla parte anziani quanto sulla parte disabili sia arrivato il momento che



Laura Rossi

in Italia si appronti, perché non è più pensabile – in un clima di cali di risorse – che si continui a garantire pensione e accompagnamento per tutta la vita a persone con disabilità, quando noi dobbiamo garantire i servizi quasi completamente. Credo che oramai sia arrivato il tempo ed è assolutamente necessario affrontare questa questione, non lo possiamo fare a livello locale, queste sono questioni macro che deve fare la politica a livello nazionale e finché non arriverà alla luce e qualcuno avrà il coraggio di affrontare questi temi, a livello locale possiamo solo barcamenarci.

Noi adesso stiamo amministrando una città grande – sto sui temi locali perché non posso che vederla da quel punto di vista – e si annaspa, perché cosa si fa a livello locale? Le risorse calano continuamente, il sistema dei servizi a Parma è qualitativamente altissimo, l'attesa delle persone è che rimanga tale, non solo che venga confermato il livello quantitativo ma che rimanga tale anche a livello qualitativo, quindi è veramente complicato capire come fare.

Io sono convintissima che l'unica via d'uscita sia quel famoso paradigma. È da un anno che stiamo, a livello territoriale, provando a incrementare questa modalità che poi alla fine ha a che fare con l'integrazione delle risorse in ambito più piccolo.

Noi parliamo non di campi di paradigma, parliamo di welfare comunitario e di welfare generativo, stiamo facendo tante innovazioni e tante sperimentazioni su questo fronte. Di fatto cosa significa? Significa spostarsi dalle prestazioni, significa andare a lavorare sulle relazioni, sulle connessioni e sul sostegno che la comunità locale e la rete di persone intorno possono dare a tutte le situazioni di fragilità e di bisogno.

È qualcosa di molto complesso, è un cambio culturale in primis degli operatori. Avviare una cosa di questo genere significa mettere in conto anche dei tempi di cambi culturali importantissimi, che prima avviamo meglio è, ma davvero necessitano tempi. Deve cambiare il modo di lavorare degli operatori che, per anni, abbiamo abituato a dare delle risposte. Abbiamo abituato gli operatori a stare in questa modalità mentre adesso gli stiamo dicendo di fare dell'altro,

di muoversi sul territorio, di creare legami tra le persone e di andare a vedere le risorse, non solo materiali delle famiglie, con le quali costruire progetti, anche quelli informali, quelli di prossimità.

Stiamo chiedendo alle persone che ricevono aiuto dal Comune di entrare in una logica di restituzione sociale, per cui chi riceve contributi o la casa perché disoccupato, in cambio ci dà delle ore, va magari a portare a casa il pasto a un anziano fragile.

Questo è un altro modo di mettere insieme risorse. Mi rendo conto a livello assolutamente micro e territoriale che non è quello che ci servirebbe come nazione però da qualche parte dobbiamo pur cominciare.

Non ci sogniamo assolutamente di andare a sostituire i servizi, quelli devono essere erogati dagli enti locali con prestazioni di restituzione sociale e volontariato. Va ricomposto il bisogno delle persone e, nei bisogni delle persone, non

Francesco Longo





ci stanno solo le prestazioni e i servizi, ci sta tutto un insieme di qualità della vita che può essere implementato mettendo insieme risorse in questo modo.

Francesco Longo

Ringraziamo tutti i partecipanti alla tavola rotonda, invito per le conclusioni, Stefano Landini, segretario generale Spi Cgil Lombardia.

Credo che dalla tavola rotonda siano emerse due prospettive possibili. La prima: aspettiamo la grande riforma nazionale che ricomponga le risorse – come diceva anche Giovanni Fosti – però il fatto che a livello europeo nessun paese sia riuscito ad avere un sistema integrato qualche sospetto ce lo fa venire, forse aspettare la grande riforma è un po' attendere Godot...

La prospettiva alternativa è iniziare i processi ricompositivi a livello locale. A livello locale tre cose si devono fare subito: integrare il database, sapere nomi e cognomi dei non auto-sufficienti, a chi è in carico e dove; costruire le chiavi assistenziali individuali sui bisogni delle persone dicendo: "ci scusi siamo un po' frammentati però lei avrebbe bisogno di queste 30 ore, due gliele diamo con ... e tre con l'Adi,

poi le possiamo dare un pezzo di vacanza centrale, le facciamo avere l'assegno di accompagnamento ma ahimè ci manca ancora il 50% e quello deve pagarlo lei" tutto però dentro una visione unitaria. Terza cosa: cosa ci impedisce a livello locale di avere una commissione unica che fa contemporaneamente le valutazioni per l'assegno di accompagnamento per l'Adi e per l'accesso alla struttura? Tanto sono sempre nella stessa rete professionale, si tratterebbe di decidere che, invece, di averne due o tre di commissioni ne abbiamo una.

Queste sono cose che non hanno bisogno di Godot, hanno bisogno che qualcuno a livello locale si metta a farlo. ■

Conclusioni

IL SOCIALE UN'OCCASIONE DI SVILUPPO

Stefano Landini *Segretario generale Spi Cgil Lombardia*

Vorrei cominciare scambiando una battuta con gli amministratori. Io sono stato invitato, in quaranta giorni di campagna elettorale, a confronti in molti luoghi della Lombardia e prendo atto che, finalmente, siamo tornati coi piedi per terra nel senso che, in questi quaranta giorni, ho trovato candidati sindaco di tutte le composizioni politiche che, in maniera strabiliante, face-



vano a gara a non avere il problema della risorse, a non avere il problema del darci ragione.

Finalmente adesso siamo tornati giù da Marte, quindi voglio ringraziare in maniera non formale tutti coloro che hanno accettato di confrontarsi insieme a noi, sono diversi soggetti che, qui, hanno espresso una disponibilità importante, delle significative convergenze e anche delle posizioni diverse.

Tutto questo dibattito per lo Spi costituisce un contributo notevole, che vogliamo far vivere quotidianamente sul territorio.

Sentiamo il peso della responsabilità di rappresentare 480mila anziani in Lombardia, la più grande associazione certificata della regione e, per dimensioni, anche del nostro paese.

A volte si dimentica, lo dimenticano gli asses-

sori quando ci convocano o non ci convocano, che siamo anche una delle più grandi organizzazioni sociali di volontariato del nostro paese perché nella realtà, dentro questo lavoro, c'è un sacco di volontariato e pur partendo da questo non ci è mai sfiorata l'idea di una sorta di boriosa autosufficienza.

La giornata di oggi è una riconferma, i contributi che sono venuti saranno per noi

parte integrante di uno stare in campo con contenuti autorevolmente misurati in modo aperto con i soggetti sociali politici e istituzionali.

Ringrazio l'Ance e il suo presidente, la Regione Lombardia, la Regione Liguria, il Comune di Parma, il sindaco di Cinisello, che sono stati per noi ospiti graditi con cui continuare un'interlocuzione, se vorranno, costante e reciproca.

La presenza di Ivan Pedretti, della segreteria nazionale, ha permesso alla nostra organizzazione di ribadire l'indissolubile sinergia tra la Lombardia e la struttura nazionale. Noi stiamo completamente dentro il governo nazionale dello Spi, anche su queste tematiche, cercando di fare la nostra parte con il dipartimento di cui Claudio Dossi ha la responsabilità.

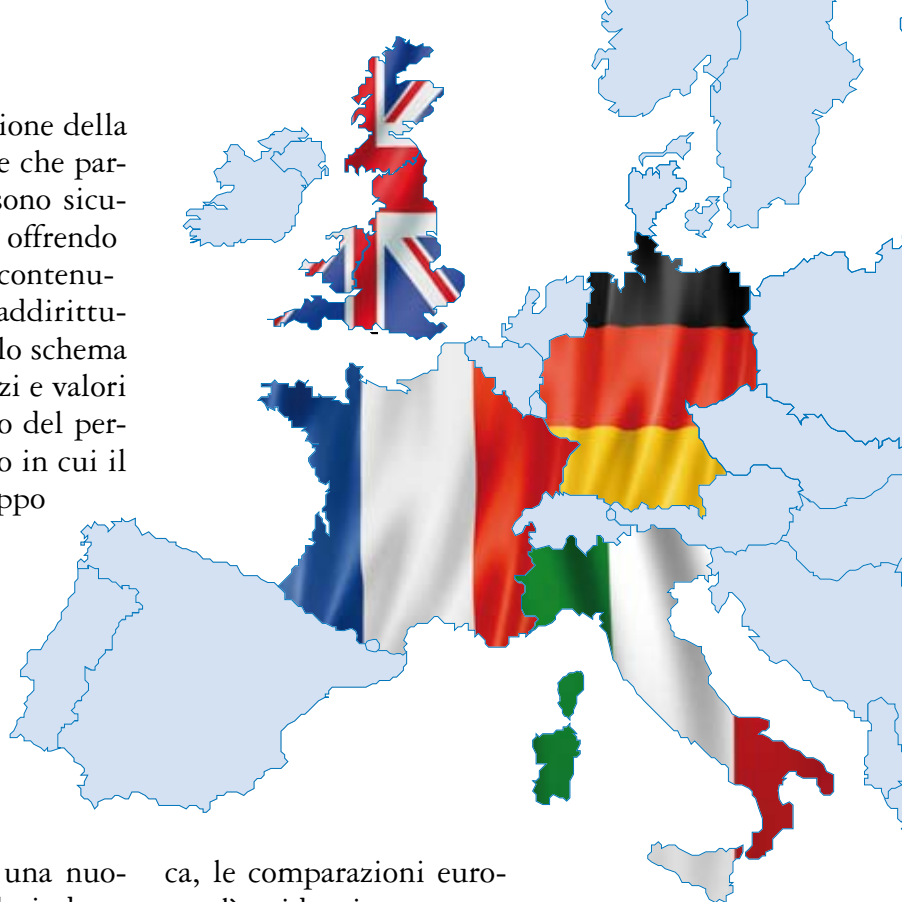
Oggi, per le cose che sono emerse, c'è un pez-

zo in più, che lo Spi mette a disposizione della Regione Lombardia, sul tema cruciale che parla della vita di tutti; questo lavoro non solo servirà anche alla confederazione, offrendo una chiave di lettura delle proposte contenute nel piano del lavoro della Cgil. C'è addirittura uno schema, fatto vedere da Fosti, lo schema relativo a bisogni e destinatario, servizi e valori e quindi risorse che sta come esempio del perché la Cgil sceglie un piano del lavoro in cui il sociale è un'occasione anche di sviluppo economico del paese. Da questo punto di vista, un nuovo progetto sociale su cui misurarsi proficuamente. Lasciatemi dire che questa discussione trova cittadinanza in Italia anche per il lavoro svolto da questa anomalia che è il sindacato dei pensionati, non solo la pura adesione dal punto di vista degli iscritti, ma anche la capacità di innovare: è una nuova pratica sindacale che permette al sindacato stesso di rappresentare le persone in una dimensione che va oltre gli aspetti strettamente economici e che investe la condizione sociale e complessiva.

Con Fnp e Uilp, i sindacati di Cisl e Uil dei pensionati, continueremo un percorso comune di rappresentanza dei nostri iscritti, ognuno con un forte ancoraggio confederale.

Qui rinnovo l'impegno e la proposta di costituire un tavolo anziani a livello regionale dando coerenza, anche nella nostra regione, alla stessa richiesta che abbiamo fatto al governo nazionale di ricostruire quel tavolo che c'era col governo Prodi e la cui soppressione ha inciso, anche metodologicamente, in modo negativo sulla discussione che stiamo facendo.

Tutto questo aiuta anche quel cambio di passo. Io sono d'accordo che tra la riforma generale e il nulla non si può stare ovviamente fermi e, quindi, molte cose cercheremo di farle. Il cambio di passo, che interessa molto al nuovo presidente del consiglio, non ci si può illudere di lasciarlo appannaggio solo di qualche ministro. Occorre discutere e anche decidere e siamo noi che, su queste materie in cui da tempo il paese appare accartocciato su se stesso, sollecitiamo decisioni chiare perché le cose dette nella ricer-



ca, le comparazioni europee lì evidenziate, raccontano in modo inequivocabile come la qualità sociale sia il parametro più importante su cui misurare anche il posizionamento di un paese.

Chiediamo noi al governo, a tutti i livelli, di non farsi staccare dallo Spi – sarebbe un po' vergognoso – in una gara in cui importante per noi non è solo partecipare.

Questo nostro lavoro è stato realizzato in due anni anche grazie alla partnership con il CeR-GAS e la Bocconi, che ringraziamo per l'ospitalità. A Giovanni Fosti e a Elisabetta Notarnicola va un apprezzamento non formale, la loro competenza non va ovviamente certificata da noi ma vorrei, se mi è permesso senza apparire professorale, far emergere qualcosa di non scontato nel nostro lavoro.

Mi riferisco alla capacità di mettere in relazione degli studiosi di scienze sociali con una organizzazione come lo Spi che, per dirla con un eufemismo, ha una certa complessità, una complessità direttamente proporzionata al peso dei propri iscritti. A volte, non è facile capire i nostri termini quindi nelle positive provocazioni dei ricercatori ci sono ovviamente delle proprie titolarità non sempre facenti parte di un punto di vista sindacale.

Ciò ha prodotto un lavoro sulla cui qualità ha influito questa positiva condizione ed è anche per questo che noi li ringraziamo.

In questo senso evidentemente ci vuole una riforma, è un tema che abbiamo posto a livello nazionale; si vogliono fare delle piccole cose, ad esempio, in questa Regione spero che non facciamo passare una legislatura per discutere una cosa evidente: quando andiamo dall'assessore alla Famiglia e condividiamo alcune sue tesi sul come ragionare di socio-sanitario poi troviamo l'assessore alla Sanità un po' più ostico e con in più il piccolo problema che detiene l'80% delle risorse. Fare un unico assessorato – spero che non ci voglia un quinquennio per doverlo decidere senza invadere il campo della titolarità della politica – a noi, che abbiamo un confronto con questi interlocutori, pare una cosa evidente.

Lo stato di salute del nostro sistema di welfare, abbiamo visto nella ricerca, è oggetto di un dibattito che risente degli otto anni di una crisi pesantissima e dell'esigenza di non corrispondere più a dei bisogni sempre più complessi.

Da un lato si è fatta forte la necessità di aumentare il sostegno di welfare a copertura di sempre maggiori fragilità e dall'altro la necessità di revisionare la spesa pubblica, spinta dalla necessità di razionalizzare e 'efficientare' gli interventi. In particolare gli interventi per la non autosufficienza in relazione a fenomeni ormai consolidati quali l'innalzamento dell'aspettativa di vita, l'aumento dell'incidenza di patologie croniche tra la popolazione adulta e anziana; ci si trova di fronte alla richiesta di migliorare la gestione dei servizi e la presa in carico delle persone.

La combinazione di più fenomeni sociali ed epidemiologici ha reso la questione della non autosufficienza un tema centrale per la gestione del sistema socio-assistenziale italiano che ha, nel panorama europeo, variabili che vanno conosciute e indagate.

La ricerca si misura con una nitida fotografia di questo insieme di fattori la cui variabile incide sul risultato finale.

Essere in grado di intervenire sulle variabili – dall'organizzazione manageriale del sistema, che è una cosa di cui a volte non teniamo conto, finanche all'allocazione delle responsabilità, dei meccanismi decisionali, delle modalità

di finanziamento e gestione dei servizi a partire dalla composizione delle fonti di finanziamento – significa non precludersi campi di intervento che, data la loro complessità, non possono essere lasciati solamente a pochi esperti.

Ripercorrere dal basso, con una visione complessiva, superando la rigidità dei compartimenti di competenze, a partire dalle condizioni concrete che un anziano e la sua famiglia si trovano di fronte dal momento in cui percepiscono un bisogno di assistenza e lo esprimono al sistema pubblico, fino all'inclusione nel sistema l'erogazione dei servizi e delle prestazioni a cui accedono gli anziani non autosufficienti.

Il confronto tra i percorsi nei servizi nelle quattro città evidenzia con forza come il tema della frammentazione e della ricomposizione degli interventi sia critico a livello europeo, a livello locale come a livello nazionale. Le difficoltà che i cittadini sperimentano nell'accesso al sistema pubblico è enfatizzato dalla dispersione dei luoghi, delle informazioni ma anche dalla frammentazione degli interventi e delle fonti di finanziamento e delle competenze.

I casi dimostrano però che alcuni meccanismi manageriali possono facilitare la ricomposizione, la fruibilità del sistema per l'utente poiché sistemi più o meno fruibili discriminano in funzione della capacità di accesso, invece che sulle esigenze reali degli utenti.

L'analisi dei percorsi e dei servizi pone in discussione uno dei cardini del sistema di welfare: l'equità che è in grado di proporre ai propri cittadini.

In questo senso noi lavoreremo, per quello che è di nostra competenza, sull'integrazione come uno dei fattori che determinano equità. Più c'è integrazione tra i sistemi gestionali, più sono integrate le risorse pubbliche con quelle private e più c'è una connessione positiva con la situazione che in Italia c'è, cioè quella di questo mercato informale privato.

Inoltre l'emergenza di rispondere a un bisogno, che cambia la vita delle persone e delle loro famiglie, non può accettare modelli rigidi dentro consuetudini sulla cui utilità, abbiamo visto, ci si può interrogare.

Una badante serve necessariamente per un giorno per una sola persona? Quali interconnessio-

ni tra non autosufficienza e mercato abitativo che tarda a rimodularsi e che accosta gli anziani a un fenomeno anche degenerativo e di speculazione, che è quello che va sotto il nome di nuda proprietà?

In quanto Cgil, proprio per il nostro carattere di confederalità, ci capita di rappresentare contemporaneamente tutti, perché rappresentiamo sia il badato, che spesso è iscritto allo Spi, sia la badante che, se è iscritta al sindacato, è iscritta alla Filcams, cioè l'organizzazione del commercio, e il datore di lavoro della badante, che spesso è il figlio del badato, ed è iscritto a una categoria della Cgil. Quando fanno le vertenze li abbiamo lì tutti, tutta la famiglia riunita felicemente attorno a questa nostra confederalità e quindi nessuno più di noi ha un bisogno fisiologico di ricomposizione. Mi pare stia anche nel Dna.

Poi ancora abbiamo visto come un bando non è di per sé neutro, ad esempio. Se un bando può favorire la ricomposizione, indirizza (e non è poco) sul come compiere delle scelte e definire il perimetro del gioco, che sarà una cosa di poco

conto ma che non sarebbe utile disdegnare.

I partecipanti, penso a quei soggetti dallo stesso nome molto variegati nei comportamenti, le imprese sociali sono luoghi dove fare welfare o sono produttrici solo di business? E il terzo settore che è un elemento insostituibile e prezioso stante la società italiana è un'occasione di integrazione come a volte succede o a volte una scorciatoia che gli enti locali utilizzano per far quadrare i conti e starci dentro?

Ecco perché ognuno deve fare il proprio mestiere e lo Spi fa quello di sindacato per garantire i diritti pur con tutta la gradualità.

Il nostro intervento non ha nulla a che spartire con un atteggiamento caricaturale che paradossalmente riduce i diritti per qualità e quantità. Quella sorta, in Lombardia si potrebbe evocare, di stato sociale della San Vincenzo che, con tutto rispetto, per noi è un ripiego rispetto a un ruolo di un moderno stato sociale e occasione anche per favorire lo sviluppo di questo paese. Ecco perché noi abbiamo intenzione di non demordere sulla legge e sul fondo per la



non autosufficienza.

La ricerca la vorremmo presentare al Parlamento Europeo, invitando i parlamentari, a partire da quelli dei quattro paesi con cui è stata analizzata. Abbiamo già preso i contatti.

Non ci rassegniamo al parere di non competenza della Corte Europea, vogliamo una legge che affronti il problema dell'invecchiamento, che è un urgente tema politico. Un processo in piena espansione destinato a produrre effetti profondi e del tutto inediti sulla struttura sociale nelle relazioni interpersonali e nel ruolo delle famiglie e nei percorsi di vita.

Ci troviamo di fronte a un problema politico di primaria grandezza, ma nonostante ciò il dibattito politico sull'invecchiamento è un dibattito opaco e reticente. Non c'è nessun tentativo di tematizzarlo. L'invecchiamento della società come uno dei grandi nodi strategici per il futuro. Sull'invecchiamento la politica balbetta luoghi comuni.

Abbiamo visto questa mattina che su questi temi non basta una manutenzione dell'esistente, ma ci vuole di converso una capacità di immaginazione e di progettazione. L'invecchiamento di fronte a questa situazione diventa l'ennesimo disturbo da aggirare. Le pensioni costano troppo e vanno diminuite e se le aspettative di vita si allungano, si alza l'età pensionabile. Le risorse non ci sono e sui grandi appalti destinati all'avvenire del paese si ruba a man bassa, una pura operazione contabile che prescinde dal vissuto delle persone, il tutto condito con un paradossale conflitto generazionale e con la tesi, assurda, che sono le generazioni più anziane ad avere rubato il futuro dei giovani e che, dunque, siamo in presenza di una categoria di privilegiati e parassiti.

Insieme a questo c'è poi una campagna giornalistica che sostiene l'insostenibilità del nostro welfare.

L'invecchiamento è per noi un grande problema politico perché ha a che fare con il sistema dei diritti e con l'idea di società. L'invecchiamento mette alla prova le singole identità, ci obbliga a rimodularci con il mondo per costruire una nuova rete relazionale in cui trovare una ragione d'essere, il significato possibile della propria esperienza in questa fase della vita.

Per concludere mi pare che la discussione di oggi sia stata un prezioso contributo su nodi irrisolti. La sussidiarietà di cui tanto si parla, anche a sproposito, ha ora un riconoscimento anche costituzionale, spesso si tende a deformare e fraintendere, e, come abbiamo visto, si avvalga un ritrarsi del pubblico, in una prospettiva di crescente privatizzazione, per cui tutto il tema della coesione viene lasciato all'autogoverno sociale e in questo la politica non si deve intromettere. Così facendo le ineguaglianze rimarranno inalterate.

Noi, invece, vogliamo con la nostra contrattazione sociale – a partire dalle linee guida che abbiamo recentemente messo a punto – ricucire lo strappo del tessuto sociale, che la crisi ha acuitizzato. Fare questo in modo moderno non può prescindere da due bussole: la socialità e l'autonomia della persona.

Quello di cui abbiamo discusso oggi sta in questo filo conduttore, l'autonomia richiede conoscenza, accesso alle informazioni e, soprattutto, il pieno riconoscimento del pluralismo delle culture e delle libere scelte individuali, nei diversi campi e nei diversi tempi della vita.

Ringrazio nuovamente tutti, oggi lo Spi ha un prezioso materiale in più per fare negoziazione sociale, l'azione entro cui misurare l'efficacia di saper incidere sui processi reali per favorire una nuova qualità dello sviluppo a partire dalla coesione sociale.

C'è materia per fare meglio il nostro mestiere, avendo il coraggio di cambiare, ben sapendo che la direzione del cambiamento non sarà neutra, ma che non c'è alternativa allo stare in campo accettando la sfida delle riforme, e lo Spi ha le carte in regola per essere, di questo cambiamento, uno degli attori protagonisti. ■

