

5 [2 MINUTI]

7 [SECONDO ME] Quando il gioco diventa patologico | Intervista a Daniela Capitanucci e Roberta Smariotto, a cura di Sonia Guarino

POLITICHE

[SPECIALE – IMPRESE SOCIALI: REALTÀ E PROSPETTIVE]

- 13 L'imprenditorialità nel terziario sociale | Paolo Venturi, Flaviano Zandonai
- 18 Siamo un Paese per nuove imprese? | Stefano Supino
- 23 Mezzogiorno, il tempo delle *start-up* | Gianfranco Marocchi
- 33 Lea sociosanitari e sistemi regionali di integrazione sociale e sanitaria | Stefano Ricci
- 39 [DOMANDE ALL'EUROPA] Soluzioni abitative protette per anziani | Marco Predazzi

ESPERIENZE

- 45 L'assistenza domiciliare, questa (s)conosciuta | Sara Barsanti, Silvia Giovanelli
- 49 La sperimentazione del nuovo modello lombardo dell'ADI | Silvano Casazza
- 55 "Mettere parole" sull'esperienza della separazione dei genitori | Costanza Marzotto
- 60 Le comunità residenziali per persone con demenza lieve | Fausta Podavitte, Carmelo Scarcella, Marco Trabucchi
- 67 [I MARZIANI DEL WELFARE] Sei: personaggi in cerca di lavoro | Francesca Painsi

STRUMENTI

- 69 Idee per i sistemi informativi nell'assistenza ai non autosufficienti | Maurizio Motta
- 84 Decreto legislativo 231/2001: quali opportunità per le RSA? | Sergio Quaglia, Graziano Maino
- 89 Come gli assistenti sociali valutano le situazioni delle persone anziane | Vanna Riva

[SPECIALE – LE FORME DI GESTIONE DEI SERVIZI]

- 97 Il futuro delle aziende sociali dopo la *Spending Review* | Franco Pesaresi
- 105 La dimensione comunitaria dei servizi sociali di interesse generale | Alceste Santuari
- 113 Modelli di *welfare*: come rilevarne la convenienza? | Elena Gamberini
- 123 [IL WELFARE SUL WEB] Il *welfare* sul web – VIII parte | a cura di Maurizio Motta
- 125 [FERMI TUTTI!] Il mio impegno sociale attraverso l'arte | Intervista a Moni Ovadia, a cura di Franco Iurlaro

DIRETTORE RESPONSABILE
MANLIO MAGGIOLI

DIRETTORE
CRISTIANO GORI
cristiano_gori@yahoo.it

REDAZIONE
ANNA MARIA CANDELA
GIANFRANCO MAROCCHI
GIOVANNI MERLO
MAURIZIO MOTTA
FRANCESCA PAINI
FRANCO PESARESÌ
FLAVIANO ZANDONAI

COORDINAMENTO DI REDAZIONE
SONIA GUARINO (responsabile)
ALICE MELZI

CONSULENTE EDITORIALE
LORENZO TERRAGNA

RESPONSABILE EDITORIALE
FRANCESCO SINIBALDI
fsinibaldi@maggioli.it

CONTATTI
welfareoggi@gmail.com

Progetto Grafico
Alessandro Dante
Raffaella Ugolini

In copertina:
Genova – Fatti del G8 del 20 luglio 2001

Fonte:
Immagine messa a disposizione
a Wikipedia da w:it:Camillo

Autore:
Ares Ferrari



Amministrazione e diffusione

Maggioli Editore
presso c.p.o. Rimini
via Coriano, 58 – 47900 Rimini
tel. 0541/628111 – fax 0541/622100
Maggioli Editore è un marchio
Maggioli S.p.a.
Servizio Clienti
tel. 0541-628242 – fax 0541/622595
e-mail: clienti.editore@maggioli.it
www.periodicimaggioli.it

Pubblicità

Publimaggioli
Concessionaria di Pubblicità
per Maggioli S.p.a.
Via del Carpino, 8
47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel. 0541/628736-531 – fax 0541/624887
e-mail: publimaggioli@maggioli.it
www.publimaggioli.it

Filiali

Milano
Via F. Albani, 21 – 20149 Milano
tel. 02/48545811 – fax 02/48517108

Bologna
Via Volto Santo, 6 – 40123 Bologna
tel. 051/229439-228676
Fax 051/262036

Roma
Via Volturno, 2/c – 00185 Roma
tel. 06/5896600-58301292
Fax 06/5882342

Napoli
Via A. Diaz, 8 – 80134 Napoli
tel. 081/5522271 – fax 081/5516578

Tutti i diritti riservati

È vietata la riproduzione anche parziale del materiale pubblicato senza autorizzazione dell'Editore. Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio.

I singoli autori si rendono responsabili di tutto quanto riportato, di ogni riferimento, delle autorizzazioni alla pubblicazione di grafici, figure, ecc. L'autore garantisce la paternità dei contenuti inviati all'Editore, manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

Registrazione

Presso il tribunale di Rimini dell'8.9.1995
al n. 15/95

Maggioli S.p.a.

Azienda con Sistema Qualità
certificato ISO 9001: 2000
Iscritta al registro operatori
della comunicazione

Stampa

Titanlito S.p.a. – Dogana, R.S.M.

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO 2013

- Il prezzo di abbonamento alla rivista Welfare Oggi + la newsletter on line quindicinale "328" news è di euro 159,00
- Il prezzo promozionale per privati e liberi professionisti comprensivo di newsletter on line quindicinale "328" news è di euro 99,00
- Il prezzo di una copia della rivista è di euro 30,00
- Il prezzo di una copia arretrata è di euro 34,00

I prezzi sopra indicati si intendono IVA inclusa.

Il pagamento dell'abbonamento deve essere effettuato con bollettino di c.c.p. n. 31666589 intestato a:
Maggioli – Periodici – Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN).
I direttori e i responsabili di enti e strutture appartenenti all'ordine degli Assistenti Sociali possono sottoscrivere abbonamenti per l'anno corrente alla rivista bimestrale "Welfare Oggi" al prezzo di euro 127 (rivista + newsletter).

La rivista è disponibile anche nelle migliori librerie.

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio con diritto al ricevimento dei fascicoli arretrati ed avrà validità per il primo anno.

La Casa Editrice comunque, al fine di garantire la continuità del servizio, in mancanza di esplicita revoca, da comunicarsi in forma scritta entro il trimestre seguente alla scadenza dell'abbonamento, si riserva di inviare il periodico anche per il periodo successivo. La disdetta non è comunque valida se l'abbonato non è in regola con i pagamenti. Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli della rivista non costituiscono disdetta dell'abbonamento a nessun effetto.

I fascicoli non pervenuti possono essere richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni dopo la ricezione del numero successivo.

2 MINUTI

2010, BATTUTA D'ARRESTO PER LA SPESA SOCIALE

Rispetto al 2009, infatti, la spesa sociale gestita a livello locale è aumentata solo dello 0,7%, contro l'incremento medio annuo del 6% circa registrato a partire dal 2003. Oltretutto è ragionevole attendersi che negli anni successivi subirà una riduzione, dati i tagli introdotti ai fondi destinati ad apportare risorse a questo settore, le riduzioni dei trasferimenti erariali nei confronti dei Comuni e i vincoli definiti dal Patto di Stabilità Interno.

In sostanza nel 2010 i Comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 7 miliardi e 127 milioni di euro, pari allo 0,46% del Pil. Una briciola, se confrontata con l'incidenza sul Pil delle risorse destinate a previdenza e sanità (rispettivamente intorno al 16,7% e al 7%), gli altri due principali istituti del *welfare*.

Come mostra la tabella 1, l'82,9% delle risorse impegnate ha come destinatari famiglie e minori (di cui

un'ampia parte assegnata ai nidi), persone con disabilità e anziani. I Comuni del Centro e del Sud concentrano maggiormente le risorse sugli interventi a favore della famiglia e dei minori e destinano quote relativamente più ampie alle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale; le Regioni del Nord, invece, verso gli anziani e, soprattutto nel Nord-Est, verso i disabili.

Fonte: Istat, Report *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*, anno 2010, pubblicato il 31 maggio 2013

CURE MEDICHE SEMPRE PIÙ COSTOSE. E GLI ITALIANI CI RINUNCIANO

È uno dei dati che emerge dal Rapporto diritti globali 2013. Infatti aumenta la somma di denaro che gli italiani spendono per curarsi: 2,8 miliardi nel 2011, l'1,76% del Pil e il 17,8% di tutta la spesa sanitaria. L'84,6% degli italiani ha pagato per la salute mediamente 1.156 € in un anno.

Colpa anche dei tagli. L'opera del governo Monti, infatti, riguardo al finanziamento del Ssn, si sintetizza in queste cifre: tagli di 600 milioni per il 2013 e di un ulteriore miliardo nel 2014, più taglio del 10% sull'acquisto di beni e servizi delle Asl.

Fonte: www.agenzia.redattoresociale.it, giugno 2013

1 SU 4, I NEET ITALIANI

L'Italia ha "la quota più alta d'Europa" di ragazzi tra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non studiano. Si tratta dei cosiddetti Neet, acronimo inglese di "Not in Education, Employment or Training", arrivati a 2,25 milioni nel 2012. Lo rileva l'Istat nel Rapporto annuale 2013 – La situazione del Paese.

Come mostra il grafico, il 40% sono alla ricerca attiva di lavoro, circa un terzo sono forze di lavoro potenziali e il restante 29,4% sono inattivi che non cercano e non sono disposti a lavorare.

Nel 2012 l'aumento è ascrivibile in particolare alla componente disoc-

RIPARTIZIONI	Famiglie e minori	Disabilità	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale
Nord-Ovest	39,3	22,3	0,4	22,4	2,2	7,3	6,1	100,0
Nord-Est	36,2	23,8	0,8	22,6	2,7	6,5	7,4	100,0
Centro	43,2	17,9	0,9	19,0	3,7	9,9	5,4	100,0
Sud	44,4	18,0	0,8	19,8	2,1	8,1	6,8	100,0
Isole	34,9	33,2	0,3	17,9	1,3	9,1	3,3	100,0
ITALIA	39,6	22,4	0,6	20,9	2,6	7,9	6,0	100,0

Tabella 1 – Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e ripartizione geografica. Anno 2010, valori percentuali

Fonte: Istat, *Report Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*, anno 2010

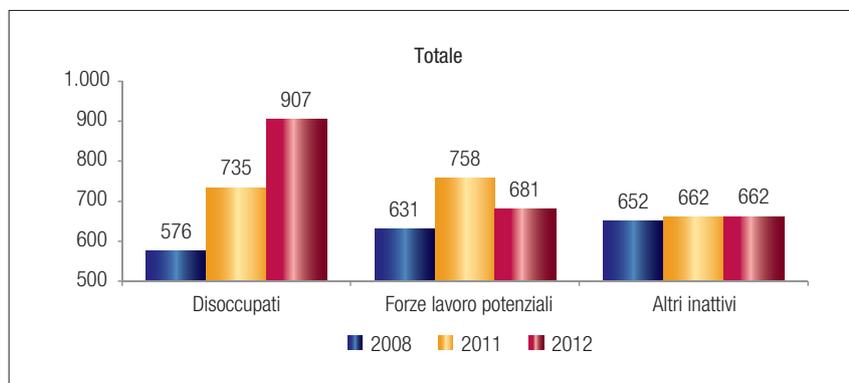


Grafico – I Neet (15-29 anni) per condizione. Anni 2008-2011-2012
Fonte: Istat, rilevazione sulle forze di lavoro

Aree territoriali	2010	2013	Regioni che hanno subito il maggior incremento
Italia Settentrionale	797.939	1.056.855	Emilia-Romagna e Lombardia
Italia Centrale	537.068	720.636	Lazio
Italia Meridionale	931.571	1.542.175	Campania
Italia Insulare	496.771	748.584	Sicilia

Tabella 2 – Ripartizione indigenti assistiti per area territoriale. Anni 2010-2013
Fonte: elaborazione dati relazione Piano di distribuzione degli alimenti agli indigenti 2013

cupata. Il tasso di disoccupazione dei giovani tra il 2011 e il 2012, infatti, è aumentato di quasi 5 punti percentuali, dal 20,5 al 25,2% (dal 31,4 al 37,3% al Sud) e dal 2008 l'incremento è di dieci punti. Sono stati relativamente più colpiti i giovani con titolo di studio più basso, in modo particolare quanti hanno al massimo la licenza media.
Fonte: www.istat.it, Rapporto annuale 2013 – La situazione del Paese

POVERTÀ ALIMENTARE: 4.068.250 GLI ASSISTITI

Questo, il dato a gennaio 2013 diffuso dall'AGEA, Organismo Pagatore Agenzia per le Erogazioni in Agricoltura, nella relazione del Piano di distribuzione degli alimenti agli indigenti 2013.
Tra il 2010 ed il 2013 gli indigenti

sono cresciuti complessivamente del 47,2% pari a 1.304.871 persone. Come mostra la tabella 2 le Regioni in cui si è riscontrato il maggior incremento sono: Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia.

Sotto il profilo organizzativo l'AGEA si avvale di 7 Organizzazioni caritative articolate in 242 enti caritativi capofila e di 15.067 strutture periferiche (mense e centri di distribuzione) capillarmente diffusi all'interno del territorio nazionale.
Fonte: www.agea.gov.it, relazione Piano di distribuzione degli alimenti agli indigenti 2013

5 OMBRE SUI MINORI ACCOLTI IN COMUNITÀ

Interventi tardivi, spesso emergenziali; mancanza di percorsi validi di

sostegno per la fase post-comunità e/o per il proseguimento dell'accoglienza in comunità dopo il diciottesimo anno di età; aumento della durata dei tempi di accoglienza per la multi problematicità delle famiglie d'origine; situazione di abbandono istituzionale e tempi eccessivamente lunghi dell'Autorità Giudiziaria Minorile nell'assunzione delle decisioni e dei provvedimenti a tutela del superiore interesse del minore; mancanza di dati dei minori fuori dalla famiglia d'origine: sono alcuni degli aspetti sottolineati nel 6° Rapporto sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia a cura del Gruppo CRC (Gruppo di lavoro per la Convention on the Right of the Child), che fornisce una chiara fotografia sulle necessità e sui problemi dell'Infanzia, sull'attuazione o violazione dei diritti dei bambini e degli adolescenti presenti nel nostro Paese.

Fonte: www.gruppocrc.net

LA 'DOPPIA DISABILITÀ' DELLE BAMBINE

Il Rapporto dell'UNICEF 2013 "Bambini e disabilità" mette in luce come i bambini con disabilità abbiano minori possibilità di ricevere cure mediche o di andare a scuola. Sono tra i più vulnerabili alla violenza, agli abusi, allo sfruttamento e all'abbandono, in particolare modo se sono nascosti o istituzionalizzati, come succede a molti a causa dello stigma sociale o dei costi per crescerli.

Dalle analisi emerge che sono tra le persone più emarginate al mondo. La differenza di genere è un fattore chiave di discriminazione: le bambine con disabilità hanno minori possibilità, rispetto ai coetanei maschi, di ricevere cibo o cure.

Fonte: www.unicef.it, Rapporto UNICEF 2013 "Bambini e disabilità"

QUANDO IL GIOCO DIVENTA PATOLOGICO

INTERVISTA A DANIELA CAPITANUCCI E ROBERTA SMANIOTTO

a cura di Sonia Guarino

Un disturbo che può colpire chiunque, con pesanti ricadute sulla vita personale, familiare e sociale. E intanto lo Stato incassa cifre da capogiro...

Negli ultimi anni si sente sempre più parlare di “dipendenza da gioco”. Cosa vuol dire?

La dipendenza da gioco d'azzardo è un disturbo mentale classificato sin dal 1980 nei manuali psichiatrici internazionali e riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità come capace di provocare danni rilevanti sia alla persona colpita sia al suo *entourage* familiare, sociale e lavorativo. Si manifesta quando una persona perde il controllo sulla sua capacità di non giocare, quando non è più libero di astenersi nonostante sovente sia consapevole delle ricadute negative che ciò comporta, e quando finisce per giocare d'azzardo più tempo, più frequentemente e più soldi di quanto si può permettere di perdere e di quanto aveva preventivato.

Quando il gioco diventa patologico?

Tanto per cominciare, c'è gioco e gioco. Il gioco d'azzardo non è un gioco come tutti gli altri in quanto è costruito in modo da fornire al giocatore rinforzi intermittenti (piccole

Daniela Capitanucci, socio fondatore e presidente onorario dell'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, e dal 2013 Presidente di ALEA-Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio.

Dal 1999 svolge attività clinica, formazione specialistica, prevenzione, ricerche e approfondimenti sul gioco d'azzardo patologico. In relazione a tale ambito tematico, è stata membro del comitato scientifico del progetto nazionale “Il gioco è una cosa seria” (gestito dall'asl TO3, anni 2008-10, progetto in seno al quale ha ricoperto anche il ruolo di formatore) ed è stata componente del gruppo di lavoro “Prevenzione dei rischi connessi al gioco d'azzardo patologico in età evolutiva” presso il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (anni 2008-2010).

Al suo attivo ha più di settanta pubblicazioni scientifiche su riviste e volumi italiani ed internazionali. Dal 2004 è anche nel direttivo dell'associazione ALEA, di cui è presidente per il biennio 2013-15.



vincite alternate a frequenti perdite) che sono in grado di strutturare un comportamento di dipendenza. Non ci sono infatti solo vulnerabilità individuali alla base del gioco patologico, ma anche caratteristiche strutturali dei giochi d'azzardo stessi capaci di favorire dipendenza. Ad esempio, *pay out* immediato, possibilità di ripetere le giocate continuamente,... Quindi, anche chi si accosta saltuaria-

mente a questo tipo di giochi non è immune da rischi. In aggiunta, la promessa di grandi vincite potrebbe essere ulteriore fattore di pericolo, in quanto illusoria rispetto alle reali probabilità offerte dal gioco (fare un 6 al superenalotto è assai più improbabile che morire essendo colpiti da un fulmine). Per questi motivi è difficile prevedere quando e per chi il gioco d'azzardo non diventerà patologico.

Roberta Smaniotto socio dal 2003 e presidente da ottobre 2012 dell'Associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze. Lavora come libera professionista presso enti pubblici e privati della Provincia di Varese e Como, principalmente nel settore delle dipendenze patologiche e della tutela dei minori. Dal 2003 svolge attività clinica, formazione specialistica, prevenzione, ricerche e approfondimenti sul gioco d'azzardo patologico. È stata componente del gruppo di lavoro "Prevenzione dei rischi connessi al gioco d'azzardo patologico in età evolutiva" presso il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (anni 2008-2010).



Per l'Associazione di promozione sociale AND – Azzardo e Nuove Dipendenze ha progettato e contribuito alla realizzazione di numerose attività formative aventi oggetto il tema del Gioco d'azzardo patologico presso numerose ASL, Province e Comuni italiani, assumendo inoltre anche ruoli di coordinamento in progetti sul *gambling*. Al suo attivo ha una trentina di pubblicazioni scientifiche su riviste e volumi italiani ed internazionali.

non solo il giocatore viene colpito, quindi i numeri che andrebbero rilevati non dovrebbero limitarsi a contare solo i giocatori patologici ma anche i loro familiari, amici, colleghi di lavoro, vittime impotenti di pesanti conseguenze legate alla malattia. E forse non è un caso che a tutt'oggi manchino ancora questi dati.

Sono invece pubblici i dati annuali sulla raccolta economica del settore e sulle relative imposte. Anche solo l'osservazione della tabella sottostante che descrive i risultati degli ultimi 3 anni mostra lo strabiliante volume d'affari di questo mercato e lo stridente incremento della spesa che tocca cifre multimiliardarie nonostante la crisi economica di questi anni. Una vera e propria tassa sulla povertà. Sarebbe da chiedersi che percentuale di questo fatturato deriva dall'attività di giocatori patologici o, come vorrebbero farci credere, dai moltissimi giocatori occasionali che scommettono in misura assai ridotta. A proposito di tasse, colpisce come a fronte dell'aumento della spesa vi sia invece una contrazione della quota riservata all'erario.

Esiste una fascia di popolazione maggiormente colpita?

Non esiste l'*identikit* del giocatore d'azzardo patologico, ma neppure quella del giocatore d'azzardo. Infatti oggi il gioco d'azzardo è considerato una fiorente industria, fonte di benessere e ricchezza per il nostro Paese. Proprio alla luce di questo, i cittadini sono considerati consumatori, e in quanto tali per ognuno di noi è stato pensato un gioco d'azzardo *ad hoc*. Per le fasce "classiche" (uomini di età adulta) sono state ampliate le offerte dei tipici giochi (le *slot machine*, le sale VLT, le scommesse in generale...) ormai presenti in ogni dove. Per le fasce di popolazione "semplice" poco inclini ad accostarsi a questa forma di consumo (donne, anziani) sono stati diffusi gratta e vinci e Bingo. Per i giovani, sono apparsi i giochi *online*, in particolare poker e scommesse sullo sport. Insomma, per ogni cliente una offerta precisa che potesse incontrar-

re il suo gusto di azzardare. I quattro Casinò italiani (Venezia, Campione, Sanremo e Saint Vincent), un tempo luoghi privilegiati in cui coltivare questa passione oggi sono una sorta di minoranza etnica nella popolazione delle offerte di giochi d'azzardo.

È ancora un problema poco conosciuto, ma il fenomeno interessa molti giocatori, molte sale da gioco e molti soldi. Potreste fornirci qualche dato?

Ad oggi non esiste una vera e propria indagine epidemiologica che stimi precisamente quante persone siano rimaste vittime di questo disturbo. Quel che è certo è che

Quali sono le ricadute sociali di questa dipendenza?

Le ricadute sociali sono pesantissime. Anche se i sostenitori del *business* affermano che il settore ha rivitalizzato il mercato del lavoro e ha ridotto la criminalità collegata al gioco illegale, ad una analisi più

	2010	2011	2013
RACCOLTA	61.432.811.776	79.897.085.353	88.571.464.313
ENTRATE	8.731.121.457	8.649.218.477	8.037.107.756

Tabella tratta dalla Relazione alla Camera dei Deputati, ADM, 6 giugno 2013, pag. 63
Cifre espresse in miliardi di euro

puntuale emerge un altro scenario. Sebbene tali affermazioni non siano del tutto inesatte, sono parziali. Pensando ad esempio al lavoro molte organizzazioni (sindacati, ordini dei consulenti del lavoro) hanno evidenziato come questa patologia possa incidere negativamente sul versante lavorativo. Il lavoratore-giocatore patologico è inaffidabile, può esporsi a rischi perché distratto, può commettere atti illeciti sul posto di lavoro per procacciarsi denaro (ad esempio, se gestisce una cassa, o se ricopre ruoli delicati quali nelle forze dell'ordine, nella magistratura, ecc.), può mandare in fallimento attività gestite in proprio, non pagare i fornitori, può gravarsi di più attività lavorative per necessità economiche non dando adeguato spazio al riposo, o coprendo posti che potrebbero essere occupati da altri, lavorando in nero, potrebbe chiedere anticipi sul TFR o sulle buste paga. E questi sono solo alcuni dei risvolti sulla sfera lavorativa. Sul versante criminalità sono sta-



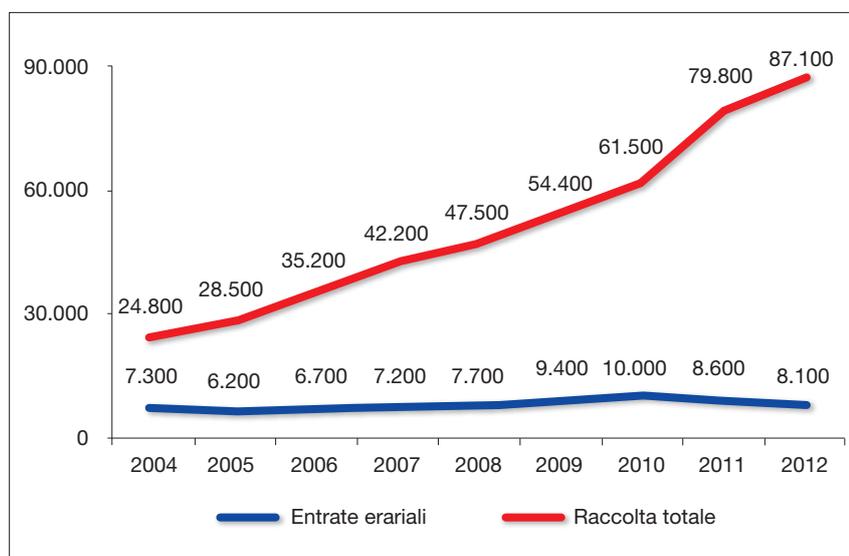
te dimostrate infiltrazioni malavitose nel *business* dell'azzardo legale, non sono rare situazioni di usura nei pressi dei luoghi dove si gioca, spesso si legge di spaccate di vetrine per rubare macchinette e cambiamonete dai bar, o furti di pacchi di Gratta e Vinci che debbono essere regolarmente annullati dai Monopoli di Stato, e molte altre situazioni ai limiti della legalità che pregiudicano la sicurezza pubblica e urbana.

Un altro danno che a torto si considera privato ma che alla lunga inciderà sul nostro tessuto sociale è quello legato all'ambiente familiare del giocatore. Litigi, povertà, separazioni e divorzi, scarso accudimento dei figli, vissuti di insicurezza e precarietà, proprio nel luogo dove in teoria ci si dovrebbe sentire più sicuri: in famiglia. Dal momento

che anche gli anziani possono soffrire di questo disagio possono generarsi situazioni davvero critiche. E una nuova forma di dipendenza diventa un rischio per i ragazzi giovani, oltre alle sostanze e all'alcol. Tutto ciò esita, per la collettività, in famiglie non più in grado di gestirsi in autonomia: bisogno di sussidi economici, di assistenza legale e finanziaria, sfratti, morosità, costi per la salute anche dei familiari che sovente manifestano disturbi d'ansia, depressione, ecc. Quando una famiglia arriva a chiedere aiuto mediamente ha già perso al gioco almeno 40.000 euro e molte relazioni si sono sfaldate.

Ci sono strategie per affrontare il problema?

La situazione parrebbe essere uscita così tanto dal controllo che sarebbe necessario uno stop immediato all'introduzione di qualsiasi altra nuova forma di gioco d'azzardo nel territorio, e anzi, sarebbe necessario rivedere anche l'attuale organizzazione di tutto il sistema, ridimensionando l'attuale diffusione. Dovrebbe quanto meno essere ridotta l'offerta, eliminata la pubblicità (come per il tabacco), e andrebbe inquadrata tutta la questione nell'ottica della salute pubblica. La tutela del benessere e della salute dei cittadini dovrebbe essere prevalente rispetto a qualsiasi tutela di interessi economici o di altra natura. Per fare ciò sarebbe necessaria una riappropriazione della tematica da parte del parlamento, senza tuttavia incorrere in quei



Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004-2012
Elaborazioni DPA su fonte AAMS

AND-Azzardo e Nuove Dipendenze è un'associazione senza fini di lucro iscritta ai registri delle associazioni di promozione sociale e di solidarietà familiare della Regione Lombardia; con interesse e con partecipazione seguiamo dal 2003, anno di fondazione, l'apertura progressiva del nostro Paese al gioco d'azzardo e abbiamo fatto interventi in tutta Italia. L'obiettivo generale dell'associazione è da sempre quello di fornire elementi utili atti a migliorare, laddove possibile, quello che finora è stato fatto, alla luce delle conoscenze scientifiche, e alla luce dei risultati finora osservati.

Quando siamo nati l'obiettivo era quello di fare per lo più sensibilizzazione rispetto al fenomeno del gioco d'azzardo lecito che immaginavamo si sarebbe espanso grazie alla riorganizzazione dell'intero settore giochi pubblici avvenuta nel 2002 e con la riallocazione di tutti i giochi pubblici, tranne i 4 casinò esistenti, sotto l'egida dei Monopoli di Stato. L'attività di sensibilizzazione è stata costantemente realizzata in questi 10 anni usando le forme più varie: conferenze civiche, manifestazioni, articoli a mezzo stampa, cineforum, rappresentazioni teatrali, fino ad arrivare al recente *flash mob* organizzato in centro città di Varese (proprio per giungere anche ad un pubblico generale di non specialisti). Perno del contatto con l'esterno è anche il sito dell'Associazione www.andinrete.it, che sebbene gestito in proprio e dunque semplice nella grafica, contiene moltissimo materiale (testi, video, sezione interattiva, informazioni su iniziative e formazione, ecc.) scaricabile liberamente.

Negli anni la nostra attività si è ampliata: abbiamo aperto sportelli di orientamento per i giocatori e per le famiglie, gruppi di auto aiuto e terapia condotti da professionisti soci volontari dell'associazione, abbiamo collaborato o promosso a studi e ricerche, abbiamo organizzato moltissime giornate formative rivolte sia ai professionisti che ai volontari, abbiamo realizzato numerose attività di prevenzione rivolte ai ragazzi anche mutuando strumenti dall'estero che abbiamo validato in Italia (ad esempio due video preventivi del prof. Ladouceur importati dal Canada), attuando tali iniziative di prevenzione spesso in collaborazione con Aziende Sanitarie Locali, Centri di Ricerca, Scuole e anche con il Ministero dell'Università e ricerca. Per quel che riguarda la prevenzione strutturale, abbiamo sostenuto molte amministrazioni locali fornendo consulenze mirate al fenomeno del gioco d'azzardo, ai problemi che esso genera nel territorio e alle possibili soluzioni da mettere in campo, e – su questo filone di attività – dal 2011 sosteniamo dando consulenza scientifica a 23 Comuni della Provincia di Varese che si sono consorziati in un coordinamento di cui anche noi facciamo parte. Recentemente abbiamo tradotto un manuale di auto aiuto rivolto alle famiglie dei giocatori messo a punto in Gran Bretagna che si è andato ad aggiungere alle buone prassi che AND cerca di attuare, anche mutuando esperienze dall'estero.

Sono stati aperti due ambulatori sperimentali specialistici per la presa in carico multidisciplinare e integrata del giocatore patologico e della sua famiglia. Questo progetto finanziato da Regione Lombardia, ancora in corso a Como e Ispra (VA), ci ha consentito di accogliere più di 200 persone tra giocatori patologici e loro familiari in soli 10 mesi di attività.

conflitti di interesse attualmente presenti e manifesti. Non è mistero l'esistenza di *lobbies* che operano pressioni governative e che finanziano esponenti politici dell'una e dell'altra fazione, direttamente o indirettamente.

L'unica risorsa che è obbligatorio e indifferibile garantire al punto in cui siamo è almeno la cura, in centri specialistici, gratuita e competente delle persone che si sono ammalate, e che si ammaleranno, di gioco d'azzardo e dei loro familiari.

Ci si può curare? In Italia esistono dei servizi ai quali si può rivolgere il cittadino?

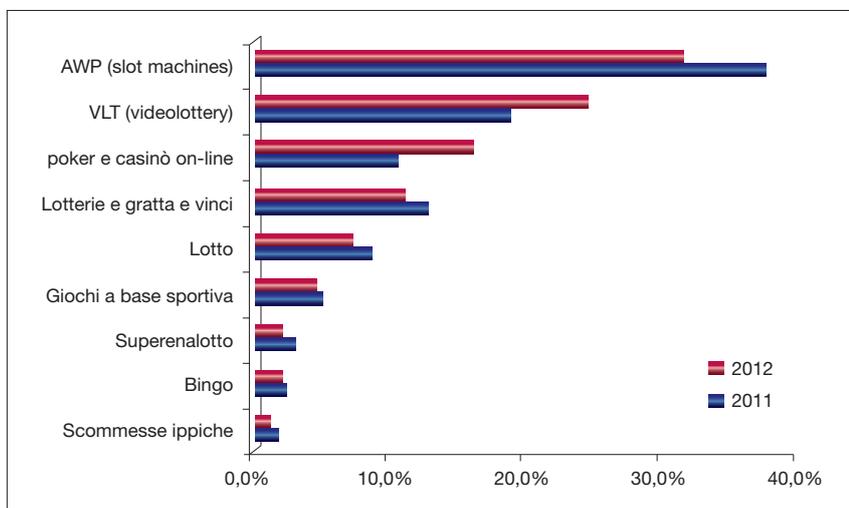
Purtroppo non ancora, nei termini sopra esposti. Il gioco d'azzardo patologico in Italia, a differenza di quanto accade all'estero do-

ve è ampiamente riconosciuto quale malattia degna di cura, si affaccia nei LEA (livelli essenziali assistenziali) per la prima volta a fine 2012, inserito nel cosiddetto "Decreto Balduzzi". Tanto rumore per nulla, visto che la norma non prevedeva copertura finanziaria e quindi ad oggi è ancora lettera morta. Ciò comporta che, anche se esistono alcuni servizi pionieristici nelle ASL, generalmente SerT, che hanno organizzato delle offerte per i giocatori in modo disomogeneo e senza incremento di risorse, essi non sono ancora legittimati per legge a farlo. Quindi, a fronte di una offerta di gioco sempre più spinta negli ultimi dieci anni e di una prevedibile aumentata incidenza dei casi di soggetti patologici, sul versante sanitario (finanziamento e organizzazione dei servizi di cura) nulla è

stato fatto. I pazienti sono lasciati a loro stessi. O meglio: se hanno la fortuna di abitare in un luogo fornito trovano un servizio a cui rivolgersi; altrimenti non trovano nulla e si devono spostare di parecchi chilometri. Nel tempo, viste tali carenze, al di fuori di programmi standardizzati di carattere istituzionale si sono quindi strutturati gruppi di auto aiuto, risposte da parte di associazioni di volontariato e poco altro.

Sono sempre più numerose le manifestazioni popolari, sostenute anche da personaggi autorevoli, contro le sale da gioco. Cosa rivendicano i manifestanti?

Come si potrà capire da quanto esposto sino ad ora la situazione è sempre più tesa. Cittadini e amministrazioni locali sono diventati sem-



Distribuzione percentuale raccolta totale per tipologia di giochi praticati – 2011-2012
Fonte: Elaborazioni DPA su fonte AAMS

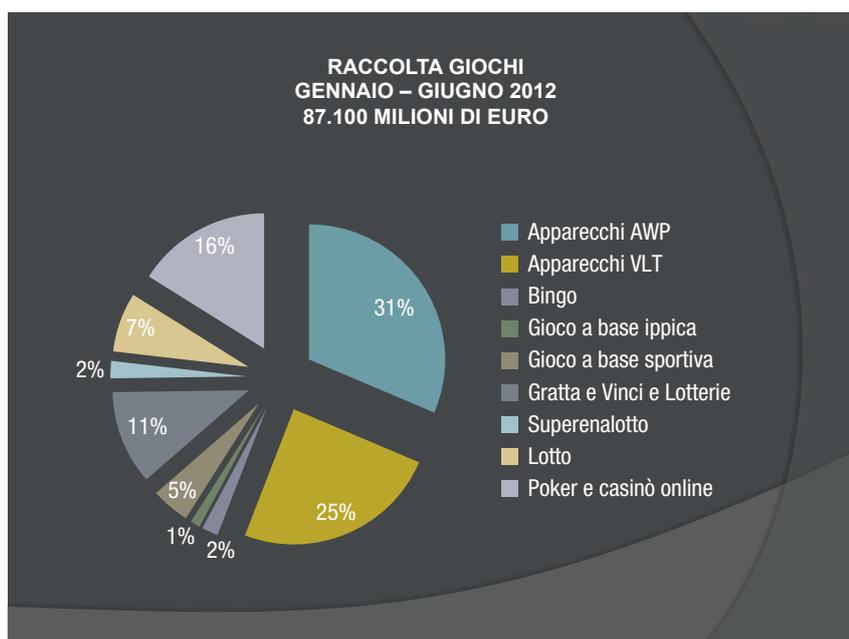
pre più fragili e a rischio nel corso degli anni. Lo strapotere dell'industria del gioco ha orientato le politiche ignorando i crescenti danni che si andavano producendo come scorie delle loro attività. E a un certo punto, ciò è esitato nell'esplosione di questa bomba a orologeria. Discese in piazza di cittadini in ma-

nifestazioni con striscioni e cortei, sindaci che si aggregano per scrivere regolamenti e ordinanze restrittive, la chiesa che prende posizione, le associazioni dei consumatori, i sindacati e incredibilmente anche baristi ed esercenti, obiettori e dissidenti, che stanchi di vedere i propri clienti rovinarsi al gioco d'az-

zardo rinunciano ad introiti e attività tornando alla vecchia funzione aggregativa e sociale delle attività dei bar. Tutti questi membri della società civile, così diversi tra loro, ci sembra che rivendichino una sensatezza ed oculatezza che parrebbe essersi persa al gioco... Bisognerebbe prestare attenzione perché una situazione di incrementato impoverimento coniugata ad una crisi crescente rischia di fare da detonatore sociale per una situazione già critica e potenzialmente esplosiva.

Secondo voi, quali sono le prospettive future sulla diffusione della patologia, sulle cure e rispetto a possibili interventi del Governo su questo fenomeno?

Se le cose non muteranno velocemente e drasticamente le prospettive sono pessime. Come in altre forme di dipendenza, prevenire è meglio che curare. E in un contesto come quello descritto, è poco realistico pensare che la sola prevenzione educativa possa essere efficace. Perché è anche il sistema distributivo del gioco d'azzardo nel territorio che va cambiato, come pure va posta attenzione alle caratteristiche dei giochi che possono suscitare maggiore o minore dipendenza. Inoltre, una volta sviluppata la dipendenza il rischio di recidive è sempre in agguato e il giocatore sarà sempre vulnerabile a nuovi eccessi al gioco, anche molto tempo dopo avere smesso. Se il Governo non prenderà atto di tutto ciò e se non si libererà di legami pericolosi con l'industria del gioco purtroppo non potremo attenderci politiche efficaci di tutela della salute pubblica necessarie a non peggiorare ulteriormente la situazione attuale. Andando avanti di questo passo, tra alcuni anni affronteremo le conseguenze.



Gli introiti derivanti dal gioco suddivisi per tipologia (valore %)

Sommario

13
L'imprenditorialità nel terziario sociale
Paolo Venturi, Flaviano Zandonai
18
Siamo un Paese per nuove imprese?
Stefano Supino
23
Mezzogiorno, il tempo delle start-up
Gianfranco Marocchi

L'IMPREDITORIALITÀ NEL TERZIARIO SOCIALE

Paolo Venturi *, Flaviano Zandonai **

*Profit, no profit, nuove forme
di imprenditorialità: una realtà
in evoluzione*

INTRODUZIONE

Imprese sociali, cooperative, *non profit* produttive, *start-up* a vocazione sociale. Continuano a moltiplicarsi i riferimenti a modelli imprenditoriali che hanno come missione la produzione di valore sociale. Dove con l'attributo sociale si fa riferimento anche (ma non solo) alle caratteristiche costitutive dei beni e dei servizi, in particolare a due attributi: la relazionalità – cioè il fatto che il prodotto e il suo valore consistono nella relazione che si instaura tra vari soggetti coinvolti – e la meritorietà – ovvero il consenso sociale rispetto al fatto che determinati beni siano resi disponibili a prescindere dal fatto che i beneficiari siano in grado di pagare per poterli consumare. Da questo punto di vista il *welfare* rappresenta storicamente un alveo all'interno del quale esistono condizioni favorevoli per la produzione di beni con queste caratteristiche e dunque dove si sono moltiplicati i soggetti che ambi-

scono a renderli disponibili agendo in regime d'impresa.

I nuovi dati del Censimento su industria e servizi presentati dall'Istat in anteprima forniscono interessanti riscontri sulla effettiva vocazione sociale del *welfare* e quindi sulla proliferazione al suo interno di imprese che da questa stessa vocazione sono guidate. Dati la cui utilità non deriva solo da una lettura "in verticale", guardando cioè alle singole forme istituzionali (amministrazioni pubbliche, imprese, istituzioni *non profit*), ma emerge anche dalle trasversalità, ovvero analizzando come i diversi soggetti si posizionano in determinati ambiti di intervento, coltivando le loro peculiarità e ponendo le basi per una competizione che recuperi il significato primo di questo concetto, ovvero perseguire un obiettivo comune seguendo diversi percorsi e muovendo da diversi punti di partenza.

È questo esercizio di lettura trasversale che tenteremo di effettuare, concentrando l'attenzione sui soggetti privati con e senza scopo di lucro che operano in alcuni settori ad elevata vocazione sociale e che, a gradi linee, corrispondono

*] Aiccon.

**] Euricse, Iris Network.

a quel comparto definito “terziario sociale”. L’obiettivo di questa ricognizione è triplice:

- in primo luogo misurare il peso effettivo dei soggetti non lucrativi, non dando per scontato che, in quanto “sociali” per natura e per riconoscimento giuridico giochino un ruolo preponderante;
- in secondo luogo ricostruire in maniera relativamente precisa il perimetro e la conformazione interna di un “ecosistema” di protezione sociale all’interno del quale opera una pluralità di attori;
- in terzo luogo osservare con maggiore attenzione l’emergere di iniziative e di modelli organizzativi che si fanno promotori di un’innovazione declinata in senso sociale, ovvero che mira a sperimentare nuovi schemi di azione in grado di proporre soluzioni diverse a problemi sociali ed ambientali la cui soluzione non può più essere procrastinata.

LA SEGMENTAZIONE DEL CAMPO NON PROFIT

I dati sulle istituzioni *non profit* evidenziano una generalizzata e importante tendenza alla crescita che si realizza soprattutto attraverso un aumento del numero di organizzazioni sul territorio (+28%, superando quota 300mila unità). Questa tendenza alla crescita è legata alla capacità di coinvolgere un numero crescente di persone, sia attraverso l’impegno volontario (4,7 milioni di persone con una crescita superiore al 40% nel decennio) sia proponendo un lavoro di tipo retribuito. Peraltro la presenza di addetti retribuiti (680mila persone) può essere considerata una prima variabile di carattere generale che approssima un orientamento in senso imprenditoriale delle istituzioni *non profit*. Sono oltre 40mila i soggetti non lu-

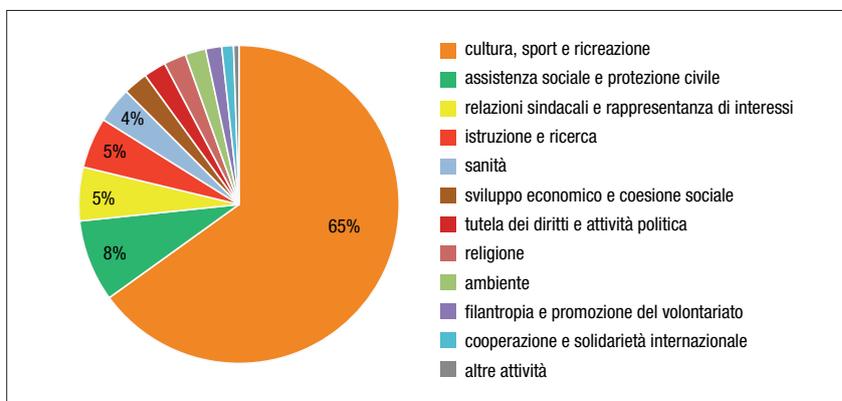


Figura 1 – Istituzioni *non profit* per settore d'attività
Fonte: Istat, 9° Censimento Industria e Servizi

crativi con almeno un addetto retribuito e il loro tasso di crescita decennale è di poco inferiore a quanto fatto registrare dai volontari.

Guardando ai settori di attività emerge la preponderanza dei servizi in campo culturale, sportivo e ricreativo dove si concentra poco meno dei 2/3 dei soggetti *non profit* con una tendenza alla crescita di qualche punto superiore rispetto al dato fatto segnare dall'intero comparto (+39,5% contro +36%). In posizione più distaccata si collocano altri tre cruciali ambiti di attività: assistenza sociale e protezione civile (8,3%), istruzione e ricerca (5,2%) e sanità (3,6%). Tutti questi settori segnano una tendenza positiva alla crescita, ma inferiore a quella dell'intero comparto, rispettivamente 29,5%, 33,3%, 13,4% ad indicare che il *non profit* tende a rafforzare ulteriormente la sua polarizzazione come attore delle politiche culturali sportive e ricreative.

Considerata la distribuzione generale, si possono approfondire alcuni aspetti inerenti le diverse forme giuridiche *non profit*. Si nota, in questo senso, una divaricazione che vede, da una parte, il settore di attività più rilevante ovvero sport, cultura e ricreazione quasi

monopolizzato dalle associazioni (riconosciute e non) con una quota superiore al 95%. D'altro canto cooperative sociali e fondazioni tendono a concentrarsi maggiormente negli ambiti istruzione, sanità e assistenza sociale. Gli effetti di questa divaricazione sono ancor più visibili guardando al contributo occupazionale. Si assiste infatti ad un ribaltamento dei rapporti di forza, in quanto si ridimensiona il peso specifico del settore cultura sport e ricreazione che passa dal 65% in termini di unità organizzative a solo il 7% in termini di occupazione con un rapporto di 1,6 addetti per 100 volontari. Aumenta invece il contributo dell'istruzione (dal 5% al 18% con un rapporto di 68,7 addetti ogni 100 volontari), dell'assistenza sociale (dal 8,3% al 33% con un rapporto pari a 37,6) e della sanità (dal 3,6% al 33% dei posti di lavoro con un rapporto pari a 47), ovvero dei settori a più marcata presenza imprenditoriale.

IMPRESE IN SETTORI A VOCAZIONE SOCIALE

Come ricordato in apertura il Censimento Istat ha riguardato non solo le organizzazioni di tipo *non profit*, ma anche istituzioni pubbliche

Il censimento *non profit* in sintesi

- Sono 301.191 le istituzioni *non profit* (+28% rispetto al 2001) e mobilitano 4,7 milioni di volontari, 680.000 dipendenti (+39,4% rispetto al 2001).
- Si conferma la **concentrazione** delle istituzioni *non profit* nell'**Italia settentrionale** dove è presente più della metà delle unità. **Lombardia** e **Veneto** sono le Regioni con la presenza più consistente di istituzioni, con quote rispettivamente pari al **15,3** per cento e al **9,6** per cento. Al Sud è concentrato il 26,7% dei soggetti *non profit*.
- Media di **115 dipendenti e 801 volontari ogni 10.000 abitanti**. Si evidenzia una dicotomia fra Nord e Sud: concentrazione maggiore di lavoratori in Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana.
- Il settore *non profit* italiano è costituito principalmente da **associazioni (66,7% del totale)**: non riconosciute: **201.004** unità e riconosciute: **68.349** unità.
- Gli incrementi più elevati in termini di crescita si osservano nelle **fondazioni** (102,1%) e nelle **cooperative sociali** (98,5%).
- Cultura, sport e ricreazione sono la **naturale vocazione** del *non profit*: 195.841 istituzioni, 2.815.390 volontari e 45.450 dipendenti.
- Il **75,2% dei dipendenti** si concentra nei settori Assistenza sociale e protezione civile, Sanità e Istruzione e Ricerca. **I dipendenti (73.635) superano i volontari (57.737)** nel settore Sviluppo economico e coesione sociale.
- **Le imprese ad alta vocazione *non profit* sono oltre 540mila**, a testimonianza di un crescente spostamento in ambito "social" del mercato a domanda pagante.

e imprese industriali e di servizi. Rispetto a questa ultime nel suo rapporto di sintesi l'Istat ha pubblicato una tabella riepilogativa molto interessante perché misura l'incidenza dei soggetti imprenditoriali rispetto alle istituzioni *non profit* in settori ad elevata vocazione sociale, dove cioè opera la maggior parte delle organizzazioni non lucrative. Si tratta, complessivamente, di 541mila imprese, pari al 12,2% del totale dell'imprenditoria italiana, dunque una percentuale ridotta ma tutt'altro che residuale del tessuto imprenditoriale nazionale. Considerando invece il rapporto tra soggetti d'impresa e *non profit* si contano 6,8 *non profit* ogni 100 imprese. Lo stesso rapporto muta però in modo consistente se si considerano alcuni settori a vocazione *non profit*, in particolare quelli dove si concentra la maggior parte dei soggetti non lucrativi: attività artistiche, sportive e

ricreative; sanità e assistenza sociale; istruzione. In campo artistico e ricreativo, ad esempio, le *non profit* doppiano il numero di imprese (238 *non profit* ogni 100 imprese) mentre nel settore dell'istruzione il rapporto, pur tornando a vantaggio dei soggetti *for profit* vede comunque una più cospicua presenza di attori sociali (65 *non profit* ogni 100 imprese). Guardando invece al comparto del *welfare* sociale (sanità e assistenza sociale) l'andamento appare fortemente influenzato dagli specifici settori di attività. Se il rapporto generale si colloca infatti a quota 14 organizzazioni *non profit* ogni 100 imprese, sale a 127 nel caso dell'assistenza sociale residenziale e addirittura a 488 nel caso dell'assistenza non residenziale. Spostandosi invece in ambito sanitario il rapporto si riduce drasticamente a poco più di 4 *non profit* ogni cento imprese. I dati Istat sono quindi

utili a certificare le vocazioni delle diverse forme istituzionali che operano nel campo del *welfare*, con la sanità e, in parte, l'assistenza residenziale che vede una maggiore presenza di soggetti imprenditoriali. Invece il cosiddetto "*welfare* leggero" – servizi domiciliari, diurni, territoriali – è dominato dal *non profit*. A proposito di questi ultimi va ricordato che al loro interno, e proprio in questi stessi settori, opera la maggior parte delle cooperative sociali, ovvero il modello d'impresa di tipo *non profit* che l'istituto di statistica classifica nell'ambito delle istituzioni non lucrative. Ciò significa che il campo dei servizi socioassistenziali e sanitari rappresenta un importante terreno di confronto tra modelli di impresa che sono da una parte esplicitamente orientati in senso sociale con vocazione *non profit* e dall'altra ispirati a modelli di tipo lucrativo che comunque hanno trovato una significativa diffusione anche in settori a elevata rilevanza "sociale". Tale concentrazione chiama in causa il contenuto delle prestazioni di servizio, ma più in generale, il riconoscimento del loro carattere di utilità sociale che induce *policy maker* e opinione pubblica a classificarle nella sfera dell'azione dello Stato e/o di istituzioni caratterizzate comunque da una esplicita funzione "pubblica" che solitamente si fa risalire al loro carattere non lucrativo. A differenza però dei soggetti *non profit* le imprese si concentrano maggiormente in settori di assistenza sociale e soprattutto sanitaria (44,3% contro il 3,6% del *non profit*). Sono invece meno diffuse in ambiti dove le organizzazioni *non profit* sono decisamente più consistenti, ad esempio in campo sportivo, culturale e di intrattenimento (11,3% contro il 48% del

Anno	Imprese	Non profit	Non profit ogni 100 imprese
Raccolta, trattamento e fornitura d'acqua	847	468	55,3
Assicurazioni, riassicurazioni e fondi pensione	216	333	154,2
Ricerca scientifica e sviluppo	9.034	3.083	34,1
Istruzione	24.825	16.262	65,5
Sanità e assistenza sociale	246.770	36.010	14,6
<i>Assistenza sanitaria</i>	239.828	10.968	4,6
<i>Servizi di assistenza sociale e residenziale</i>	2.456	3.119	127,0
<i>Assistenza sociale non residenziale</i>	4.486	21.923	488,7
<i>Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento</i>	61.527	146.997	238,9
<i>Attività creative, artistiche e di intrattenimento</i>	26.790	26.552	99,1
<i>Attività di biblioteche, archivi, musei, ecc.</i>	1.008	27.608	2.738,9
<i>Attività riguardanti lotterie, scommesse, case da gioco</i>	6.103	0	0,0
<i>Attività sportive, di intrattenimento e di divertimento</i>	27.626	92.837	336,0
<i>Altre attività di servizi</i>	198.152	96.498	48,7
<i>Attività di organizzazioni associative</i>	0	96.485	-
<i>Riparazioni di computer e di beni d'uso per la casa</i>	26.152	0	0,0
<i>Altre attività di servizi per la persona</i>	172.000	13	0,0
Altri settori	3.884.579	1.540	0,0
Totale	4.425.950	301.191	6,8

Tabella 1 – Imprese nei settori a più alta vocazione *non profit*
Fonte: Istat, 9° Censimento Industria e Servizi

non profit). A fronte di quello che, in termini generali, si può definire un *trade-off*, un effetto di sostituzione che induce *non profit* e imprese a un “mutuo accomodamento” in settori diversi, è utile guardare anche a nicchie di attività. Ad esempio, alle oltre 50mila imprese che operano nel campo della produzione artistica e creativa e per la gestione di attività sportive e di intrattenimento.

Ulteriori elaborazioni mostrano che tra il 2001 e il 2011 il numero di imprese nei settori indicati è aumentato del 21,9%. Pur trattandosi di una percentuale inferiore rispetto a quella registrata dai soggetti *non profit* (+28%), è comunque indice di un settore caratterizzato da un dinamismo generalizzato. Ciò significa che questi ambiti a elevato “impatto sociale” si caratterizzano per una domanda crescente di beni e di servizi che può essere sod-

disfatta anche da soggetti imprenditoriali che non necessariamente affermano una esplicita missione sociale.

Se si guarda ai modelli d'impresa emergono alcune ulteriori, interessanti tendenze. *In primis* una netta prevalenza dei fornitori individuali che operano come liberi professionisti. Rappresentano infatti una quota parte pari all'80% delle unità e al 42% dell'occupazione e la loro crescita non accenna a rallentare. Se si guarda oltre i fornitori individuali si possono registrare altre interessanti tendenze: i) il ridimensionamento delle imprese cooperative di lavoro e di servizi per l'effetto di sostituzione esercitato dalla crescita impetuosa delle cooperative sociali che sono conteggiate in ambito *non profit* e che sono cresciute quasi del 100% nel decennio 2001-2011; ii) la crescente rilevanza delle società srl che au-

mentano sia per numero d'imprese (8% del totale e 39% delle imprese escludendo i fornitori individuali) sia per impatto occupazionale (21,6% del totale); iii) il progressivo affermarsi delle società di capitali che pur non essendo numerose in termini assoluti (poco più di 2mila) sono comunque rilevanti dal punto di vista occupazionale (17,4%) trattandosi con tutta probabilità di imprese di medio grandi dimensioni.

START-UP INNOVATIVE

L'iniziativa introdotta dal decreto “Crescita *bis*” (d.lgs. n. 179/2012, art. 25 e ss.), convertito nella l. n. 221/2012 ha incentivato l'avvio di cosiddette “*start-up innovative*”, ovvero “*società di capitali, costituite anche in forma cooperativa, di diritto italiano ovvero una Societas Europaea, residente in Italia ai sen-*

si dell'articolo 73 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, le cui azioni o quote rappresentative del capitale sociale non sono quotate su un mercato regolamentato o su un sistema multilaterale di negoziazione". Possono essere *start-up* innovative sia società nuove, sia società costituite da meno di 4 anni (dalla data di entrata in vigore del decreto, ovvero il 20 dicembre 2012) se iscritte nell'apposita sezione del Registro delle Imprese entro il 16 febbraio 2013.

Questa opportunità imprenditoriale, nei primi mesi dalla sua introduzione, ha già fatto registrare risultati positivi. Il numero di *start-up* innovative, infatti, ha raggiunto e superato in pochi mesi la quota di mille unità (1.070) secondo quanto riportato nella rilevazione di Unioncamere datata agosto 2013. Un aspetto particolarmente interessante di questa nuova fenomenologia imprenditoriale è legata all'enfasi sul carattere "sociale" dell'innovazione. Tale enfasi è stata anche riconosciuta dal punto di vista normativo, prevedendo la possibilità di costituire *start-up* innovative "a vocazione sociale". Pur non disponendo di dati precisi in merito a questa specifica declinazione delle *start-up* innovative è possibile ricercare un loro orientamento in senso sociale guardando, ancora una volta, ai settori in cui operano.

In termini generali sono due i settori principali in cui operano le *start-up* innovative, ovvero la produzione di software (30% del totale) – denotando così l'influenza del comparto dell'*information technology* nel definire ciò che oggi si intende per "innovazione" – e la ricerca e sviluppo (circa il 20%). Quest'ultimo settore viene peraltro indicato anche dal punto di vista normativo come una delle materie "di rilevanza sociale" in cui operano le imprese sociali e dunque si potrebbe sostenere che una parte piuttosto consistente delle *start-up* innovative è anche orientata in senso sociale (22% del totale). In realtà si tratta di un'analisi piuttosto semplificata che dovrebbe essere approfondita guardando, ad esempio, alla dimensione "social" che caratterizza molti software e piattaforme web. Per ora ci si può limitare ad osservare come siano ancora pochissime le *start-up* innovative che operano in campi tipicamente "welfaristi" come la sanità e l'assistenza sociale.

IN CONCLUSIONE

Da questo primo *excursus* sull'imprenditorialità in settori a vocazione sociale e sulle *start-up* innovative si possono trarre alcune indicazioni utili, anche in termini di *policy making*, che possono essere formulate nei termini seguenti.

– Il non profit non è solo: certamente le organizzazioni non lucrative giocano un ruolo rilevante, ma presentano una notevole segmentazione interna e soprattutto esistono altri soggetti d'impresa in posizione tutt'altro che marginale.

– La polverizzazione dell'offerta: è evidente come la produzione di servizi a valore sociale sia affidata soprattutto a micro imprese e soprattutto a fornitori individuali, ponendo quindi un problema di aggregazione non solo della domanda ma anche dell'offerta attraverso imprese di natura collettiva (le cooperative) e/o campioni nazionali o addirittura multinazionali del welfare.

– Il veicolo per l'innovazione: le *start-up* innovative non sembrano ancora aver assunto, almeno stando ai dati a disposizione, un ruolo significativo come "società veicolo" dell'innovazione sociale; al di là dell'enfasi intorno a questo fenomeno sarà interessante verificare la diffusione a più ampio raggio di modelli imprenditoriali "ibridi" esplicitamente orientati a promuovere innovazione di sistema in campo sociale.

	v.a.	%
Sanità e assistenza sociale	2	0,8
Istruzione	9	3,8
Ricerca scientifica e sviluppo	203	85,3
Attività editoriali, culturali, artistiche, creative	24	10,1
Totale	238	100,0

Tabella 2 – Settori di attività "sociali" delle *start-up* innovative
Fonte: Elaborazioni Aiccon su dati Unioncamere, 2013

Bibliografia

Istat, 9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni nonprofit. Primi risultati, Roma, 2013.

FERRERA P., "Idee e crescita: il circolo virtuoso del terziario sociale", in *Percorsi di secondo welfare*, Milano, 2012.

RANDEZZO R., TAFFARI G., PELLINI P., *Le start-up innovative a vocazione sociale*, in "Enti nonprofit", 2013, n. 3, pp. 7-13.

VENTURI P., ZANDONAI F., *Cooperare per competere. Generare valore sociale*, 40k unofficial, Milano, 2013.

SIAMO UN PAESE PER NUOVE IMPRESE?

Stefano Supino *

La via che porta alla creazione di imprese innovative in grado di crescere passa attraverso la sperimentazione, la valorizzazione delle idee, la ricerca e l'innovazione

Negli ultimi anni, il tema dell'imprenditorialità, in particolare dell'imprenditorialità nascente e innovativa, ha guadagnato una notevole rilevanza nel dibattito sui destini delle economie europee e nelle discussioni sul futuro dell'economia italiana. Una delle strategie che raccolgono maggiore consenso al fine di ristabilire un maggior dinamismo dei tassi di crescita di diversi Paesi europei, in particolare l'Italia, consiste nel ravvivare la fiamma dello spirito imprenditoriale e nell'alimentare la nascita di nuove imprese portatrici di innovazione e meglio in grado di valorizzare – rispetto alle imprese esistenti – il capitale più prezioso del nuovo secolo globale, la conoscenza e le idee, e di rivestire il ruolo di catalizzatori del capitale intangibile (R&S, istruzione e formazione, conoscenza, idee) in prodotti e/o servizi nuovi e/o in tecniche di produzione e di commercia-

lizzazione nuove. Innovazioni, dunque, che se per un verso alimentano la profittabilità e la competitività di queste stesse imprese, per l'altro tendono ad ampliare la gamma di beni a disposizione della società incrementando nel medio lungo periodo l'occupazione e il benessere dei consumatori.

L'IMPRENDITORIALITÀ ITALIANA A CONFRONTO CON GLI ALTRI PAESI EUROPEI TRA "OPPORTUNITÀ" E "NECESSITÀ"

Alcuni recenti contributi propongono a tale riguardo un'immagine sotto certi aspetti rassicurante e ottimistica del nostro Paese, quasi che l'Italia e gli italiani fossero contraddistinti da una sorta di innata vocazione imprenditoriale, che per quanto mortificata da una serie di vincoli stringenti, potrebbe pienamente dispiegare i suoi effetti benefici su un'economia ormai asfittica "se e solo se" mutassero un elenco più o meno variegato di condizioni. In realtà, le rigorose indagini condotte dal Global Entrepreneurship Monitor

(GEM) e le stime dell'indicatore deputato alla rilevazione del livello dell'attività imprenditoriale allo stadio iniziale – il cosiddetto *Total early stage Entrepreneurial Activity Rate (TEA)* – restituiscono per l'Italia un quadro opposto. Il TEA è una misura di sintesi dell'imprenditorialità allo stadio iniziale che considera l'incidenza delle *start-up* e delle nuove imprese sul totale della popolazione adulta. Ebbene, gli ultimi dati GEM disponibili per l'Italia (2012) invitano quantomeno ad una ragionevole prudenza e restituiscono l'immagine di un'economia che non solo è in forte ritardo rispetto a quelle comparabili per livelli di sviluppo e per struttura industriale, ma che dal 2001 ad oggi ha visto affievolirsi drasticamente la propensione a fare impresa.

Come si può notare dai risultati riportati nella tabella 1, il TEA italiano è risultato pari nel 2012 al 4,32% per cento.

Questo valore ci colloca al penultimo posto di una graduatoria relativa a 24 economie trainate dall'innovazione.

Particolarmente preoccupante è

*] Economista e docente presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale.

L'autore ringrazia Unioncamere per la parziale riproduzione di parte dei contenuti del paragrafo 3.1 del recente Rapporto 2013, "Giovani, Imprese, Europa" (a cura di Unioncamere).

Paesi	TEA (%)	Imprenditorialità nascente (%)	Nuove attività (%)	Imprenditorialità trainata dalle opportunità (come % del TEA)
Stati Uniti	12,84	8,86	4,08	59,45
Singapore	11,56	7,6	4,18	54,45
Paesi Bassi	10,31	4,08	6,26	66,35
Slovacchia	10,22	6,65	3,91	42,88
Austria	9,58	6,58	3,42	38,2
Regno Unito	8,98	5,3	3,74	42,61
Portogallo	7,67	4,26	3,63	53,08
Taiwan	7,54	3,33	4,21	42,6
Norvegia	6,75	3,7	3,15	69,63
Corea del Sud	6,64	2,56	4,08	46,17
Israele	6,53	3,5	3,03	46,13
Grecia	6,51	3,82	2,84	32,11
Svezia	6,44	4,59	1,85	48,59
Irlanda	6,15	3,91	2,28	40,52
Finlandia	5,98	3,45	2,68	59,88
Svizzera	5,93	2,9	3,03	57,46
Spagna	5,7	3,35	2,45	32,51
Slovenia	5,42	2,95	2,53	64,02
Danimarca	5,36	3,07	2,36	70,65
Germania	5,34	3,51	2,15	50,74
Belgio	5,2	3,32	1,95	61,56
Francia	5,17	3,74	1,54	58,94
Italia	4,32	2,47	1,92	22,3
Giappone	3,99	2,26	1,72	66,41

Tabella 1 – L'attività imprenditoriale *early stage* nei Paesi trainati dall'innovazione – 2012
Fonte: M. MUFFATTO, P. GIACON, S. SAEED, *Global Entrepreneurship Monitor Italia*, 2012, p. 15, rielaborazione dell'autore.

anche la bassa incidenza dell'imprenditorialità nascente, pari al 2,47%, dato distante da quello degli Stati Uniti (8,86%), ma anche della Germania (3,51%), della Francia (3,74%) e del Regno Unito (5,3%). La tabella 1 illustra un ulteriore allarmante elemento di forte differenziazione rispetto alle restanti economie considerate che è

relativo alle motivazioni che sottostanno alla scelta di avviare un'attività imprenditoriale. Il punto di discriminazione è tra gli imprenditori che hanno deciso di avviare un'impresa per *necessità*, in quanto erano assenti alternative occupazionali e reddituali, e quelli che hanno deciso di farlo per *opportunità*, avendo identificato un'occasione impen-

ditoriale da cui attendono un miglioramento delle prospettive reddituali e/o del proprio livello di indipendenza. Come si può notare, l'Italia manifesta su questo fronte un primato ampiamente negativo. Su 100 attività imprenditoriali allo stato iniziale solo 22 risultano infatti "trainate dalle opportunità", un dato questo che segna un distacco consistente dal Regno Unito (4 su 10), dalla Germania (5 su 10), dalla Francia e dagli Stati Uniti (quasi 6 su 10) e ancor più dalle economie nordiche, in particolare dalla Danimarca, che con un dato del 70,65% capeggia la classifica.

Dalle informazioni relative alla percezione che gli individui hanno della *qualità delle business opportunity* (tabella 2) provengono del resto ulteriori segnali davvero poco incoraggianti per la nostra economia. L'Italia risulta anche in questo caso collocata nelle parti basse della graduatoria sulla percezione di buone opportunità imprenditoriali, staccata sia dai tre grandi dell'Unione che dagli Stati Uniti e dalle economie del Nord Europa che occupano ancora una volta la parte alta della classifica. Ancora più negativo è il timore di incorrere in un fallimento nonostante si ritenga di aver individuato una *business opportunity*, fattore da tempo considerato uno dei più importanti freni alla creazione di una nuova impresa. Ebbene, secondo le rilevazioni del GEM, la percentuale di popolazione che, nonostante ritenga di aver individuato una buona opportunità imprenditoriale, indica nel timore di un dissesto il principale motivo per non perseguirla, è in Italia pari al 57,68%, un valore che ci colloca appena più in su della Grecia (61,29%) e che ci relega nella penultima posizione in una gra-

Paesi	Percepiscono buone opportunità imprenditoriali (%)	Pensano di avere capacità imprenditoriali (%)	Hanno timore di fallire (%)	Hanno intenzione di intraprendere (%)
Svezia	66,48	36,99	32,61	10,96
Norvegia	64,43	34,37	39,37	4,91
Finlandia	55,33	34,32	36,52	7,73
Austria	49,21	49,61	35,96	8,57
Danimarca	44,41	31,02	39,26	6,64
Stati Uniti	43,49	55,88	32,32	12,53
Taiwan	38,55	26,38	37,6	25,49
Francia	37,52	35,66	42,84	17,29
Germania	36,16	37,09	41,91	6,01
Svizzera	35,67	37,34	32,29	7,26
Paesi Bassi	34,4	42,3	30,45	8,63
Belgio	33,29	37,11	40,83	9,06
Regno Unito	32,82	47,13	36,01	9,52
Israele	30,62	29,31	46,76	12,81
Irlanda	25,55	45,16	35,37	5,43
Singapore	22,51	26,58	41,63	16,08
Italia	19,80	29,97	57,68	10,76
Slovenia	19,62	51,32	27,28	13,25
Slovacchia	17,84	49,73	38,32	11,83
Portogallo	16,19	46,8	42,3	14,37
Spagna	13,9	50,38	41,76	11,13
Grecia	12,95	50	61,29	9,51
Corea	12,52	26,93	43,01	12,98
Giappone	6,37	9	53,13	2,49

Tabella 2 – La percezione delle opportunità imprenditoriali e la paura di fallire nei Paesi trainati dall'innovazione – 2012

Fonte: M. MUFFATTO, P. GIACON, S. SAEED, *Global Entrepreneurship Monitor Italia*, 2012, p. 17, rielaborazione dell'autore. Note: i Paesi sono ordinati per percezione delle opportunità imprenditoriali. La popolazione di riferimento nel calcolo della paura del fallimento è costituita dagli individui che dichiarano di aver percepito una opportunità di business degna di essere perseguita.

duatoria complessiva che include ben 69 economie.

Ad aggravare il quadro sin qui delineato, sussiste un'ulteriore considerazione relativa alla natura apparentemente strutturale, più che ciclica, di alcuni dei fenomeni de-

scritti. La figura 1 illustra a tale riguardo l'evoluzione del tasso di imprenditorialità *early stage* in Italia dal 2001 al 2012. Come si può notare, dall'andamento dei dati emerge un certo affievolimento tendenziale della propensione ad

intraprendere che appare guidato in larga misura dalla caduta dell'incidenza del tasso di imprenditorialità nascente. Dal 2001 al 2012 il TEA passa infatti da circa il 6% a circa il 4% mentre l'incidenza delle imprese neo costituite muove dal 4,4% al 2,4% (quasi dimezzandosi). Nello stesso periodo, infine, la paura di fallire manifesta un chiaro *trend* ascendente: la percentuale del 57,28% relativa al 2012 costituisce infatti solo l'ultimo, e il più elevato, di una serie di massimi fatti registrare a partire da un valore del 28% nel 2001.

In aggiunta i dati GEM segnalano, tra l'altro, una ulteriore peculiarità del caso italiano che è relativa all'intensità occupazionale attesa delle nuove iniziative imprenditoriali. I neo imprenditori italiani sono tra coloro che hanno minori aspettative di sviluppo dell'occupazione come frutto della propria attività di impresa.

IL TESSUTO IMPRENDITORIALE ITALIANO E IL DIVARIO TRA NORD E SUD

Un ulteriore elemento di debolezza che non induce a facili ottimismo afferisce alle criticità territoriali rintracciabili nel tessuto imprenditoriale italiano e al loro impatto sui livelli di imprenditorialità *early stage*. Le pur sommarie informazioni disponibili confermano la presenza di un dualismo molto accentuato.

Come si può notare dalla tabella 3, in Italia il primato delle nascite spetta al Nord, con una netta prevalenza della dorsale Ovest. Gli ultimi dati disponibili mostrano infatti come l'incidenza delle imprese ufficialmente avviate nelle otto Regioni del Mezzogiorno sul totale delle na-

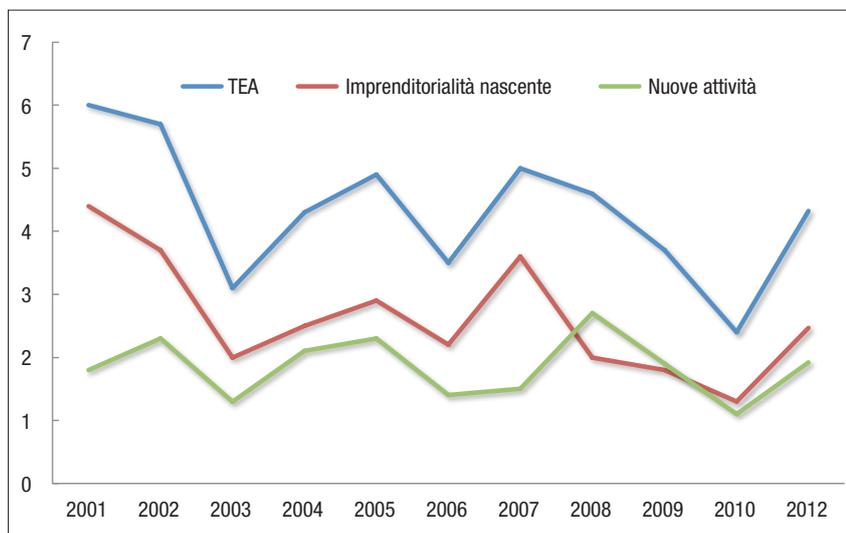


Figura 1 – L'evoluzione dell'imprenditorialità allo stadio iniziale in Italia 2001-2012

Fonte: M. MUFFATTO P. GIACON, S. SAEED, *Global Entrepreneurship Monitor Italia*, 2012, p. 20, rielaborazione dell'autore.

Note: l'assenza del dato del 2011 è imputabile alla mancata rilevazione.

scite avvenute nel 2010 sia risultata pari al 32%. Da un rapido confronto con i dati registrati all'inizio del decennio è possibile notare l'assenza di qualsiasi segnale di convergenza nonostante gli appelli, le aspettative e gli interventi ai diversi livelli di governo che si sono succeduti nel corso di un decennio. Sono ancora più allarmanti, in pro-

spettiva futura, i dati diffusi nell'agosto del 2013 da InfoCamere sulle iscrizioni alla sezione speciale del Registro delle imprese gestito dalle Camere di commercio e dedicata alle *start-up innovative*.

Al 12 agosto 2013 risultavano iscritte 1070 società. Nella tabella 4 sono riportati i dati per aree territoriali e per Regione.

Delle 1.070 società iscritte solo il 16% circa afferisce al Mezzogiorno del Paese, quasi il 62% è localizzato al Nord mentre il 23% afferisce alle Regioni del Centro.

Una *survey* condotta nel 2012 dalla fondazione italiana *Mind the Bridge* sulle *start-up* già costituite (166) e sulle cosiddette *wannabe start-up* (imprese ancora non formalmente costituite per cui un gruppo di persone sta raccogliendo capitali nelle reti informali) per un totale di 369 imprenditori ribadisce l'iniqua distribuzione territoriale che contraddistingue l'imprenditorialità emergente e il netto svantaggio del Sud. La maggior parte delle *start-up* oggetto dell'indagine è infatti localizzata al Centro Nord con Lombardia e Lazio in testa; solo il 15% afferisce al Sud e alle Isole, anche se la percentuale di imprese localizzate in questa area risulta in crescita (+50%) rispetto alla precedente rilevazione. Più di una *start-up* su dieci è invece localizzata all'estero (un dato che segnala un incremento del 20% rispetto all'anno precedente) con Stati Uniti e Regno Unito che

	2000			2003			2007			2010			TMAC 00-10
	Imprese nate	i = 100	N = 100	Imprese nate	i = 100	N = 100	Imprese nate	i = 100	N = 100	Imprese nate	i = 100	N = 100	
Italia	291856	100		277397		100	338656	100		265060	100		-1,0%
Aree Territoriali													
Nord	134956	46	100	129978	47	100	151390	45	100	121364	46	100	-1,1%
Nord Ovest	79141	27	59	76618	28	59	90652	27	60	72676	27	60	-0,8%
Nord Est	55815	19	41	53360	19	41	60738	18	40	48688	18	40	-1,4%
Centro	63462	22	47	60725	22	47	76219	23	50	60058	23	49	-0,5%
Mezzogiorno	93438	32	69	86694	31	67	111047	33	73	83638	32	69	-1,1%
Sud	64889	22	48	60489	22	47	78368	23	52	58404	22	48	-1,0%
Isole	28549	10	21	26205	9	20	32679	10	22	25234	10	21	-1,2%

Tabella 3 – Imprese nate in Italia e nelle rispettive Aree Territoriali 2000-2010
Anni 2000-2010

Fonte: (Istat 2012), Metadati sulla demografia di impresa. Valori assoluti in Migliaia, elaborazioni dell'autore.

Agosto 2013			
	Imprese Innovative	I=100	N=100
Italia	1070	100	235
Aree Territoriali			
Nord	659	62	100
Nord Ovest	335	31	51
Nord Est	324	30	49
Centro	245	23	37
Mezzogiorno	166	16	25
Sud	111	10	17
Isole	55	5	8

Tabella 4 – Le imprese innovative italiane per aree territoriali – Agosto 2013
Fonte: Elaborazioni dell'autore su dati Infocamere (Camere di Commercio 2013), elaborazioni dell'autore.

agiscono da principali poli di attrazione. Si tratta di un chiaro segnale di *corporate drain* che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Se consideriamo il luogo di nascita degli imprenditori e successivamente il luogo di residenza riscontriamo dei divari simili.

Tra i *driver* ritenuti più importanti vi sono il *network* di contatti (69%), la facilità di accesso ai lavorato-

ri più specializzati (il 57%), la qualità della vita e il luogo di residenza di uno dei fondatori (entrambi al 52%), l'accesso al *venture capital* e altre fonti di finanziamento (42%) e la prossimità ai centri di ricerca (40%). La contestuale rilevanza di questi elementi evoca un ambiente che nutre e sostiene l'imprenditorialità attraverso la coerente integrazione di una serie di fattori,

dove ognuno degli elementi descritti è in grado di indurre la creazione di nuove imprese ma non è sufficiente, se isolatamente considerato, a sostenerne la nascita e lo sviluppo.

COME SOSTENERE LA CREAZIONE DI IMPRESE INNOVATIVE

Più in generale, la via che porta alla creazione di imprese innovative in grado di crescere passa attraverso l'emersione di un ambiente in cui la sperimentazione imprenditoriale è incoraggiata, la valorizzazione delle idee è premiata, il flusso di conoscenze è costantemente alimentato e diffuso dalle istituzioni scolastiche e di istruzione superiore e reso più spedito dalle interazioni tra prossimi uguali e diversi in comunità ibride, la propensione all'imprenditorialità innovativa che crea valore e vantaggi è sostenuta da una proficua interazione tra ricerca, innovazione e appropriata commercializzazione.

Questo è tanto più vero nel Mezzogiorno d'Italia, dove per fare in modo che il divario non diventi irreversibile è necessario inoltre agire sul ristabilimento del principio di legalità e sulla riduzione degli incentivi all'imprenditorialità "corrosiva", che lungi dal creare e dal diffondere occupazione e benessere, mira ad appropriarsi di quote sempre più ampie della ricchezza corrente, spesso facendo leva sull'intervento pubblico, con un impatto altamente erosivo sulle possibilità di insediamento e di avvio di imprese innovative nonché sulla valorizzazione del già purtroppo esiguo, in prospettiva comparata, capitale umano dei giovani del Meridione.



MEZZOGIORNO, IL TEMPO DELLE START-UP

Gianfranco Marocchi

Per vivere a lungo, l'impresa sociale che inizia ad operare dovrebbe essere supportata nei passi successivi ed inserita all'interno di una rete di contatti

L'idea di questo articolo nasce nell'ambito del convegno organizzato a Roma da ASVI Social Change il 18 maggio scorso "Start-up sociale innovativa: come e dove? La start-up sociale innovativa al centro-sud, vincoli, risorse, partenariati e modelli di successo" cui hanno contribuito numerosi operatori e studiosi, tra cui Stefano Supino, economista e docente presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale che ha redatto il contributo sul rapporto GEM qui pubblicato.

I contenuti emersi in quell'occasione, ripercorsi con l'aiuto del presidente di ASVI Marco Crescenzi, sono stati inseriti in un quadro di riflessioni più ampio anche grazie alla collaborazione di altri colleghi, in primo luogo Marcello Colopi, sociologo e presidente della cooperativa Di Benedetto di Cerignola e Cristina Privitera, nello staff di Solco e della Fondazione Ebbene, che ringrazio del prezioso contributo.

IL MEZZOGIORNO, TRA ARRETRATEZZA E POTENZIALITÀ

Parlare di *start-up* imprenditoriale nel Mezzogiorno significa confron-

tarsi in partenza con due insiemi di dati almeno in parte dissonanti. Il primo, quello ormai largamente noto, che ne racconta la debolezza imprenditoriale. Così inquadra la situazione lo Svimez, il 26 luglio scorso, in sede di presentazione del Rapporto sull'economia del Mezzogiorno che l'Istituto pubblica a partire dal 1974: "Un Mezzogiorno sempre più spopolato, da cui entro il 2065 spariranno due milioni di *under 44*, tra denatalità, disoccupazione e nuove emigrazioni. Una terra a rischio desertificazione industriale, dove crollano consumi e investimenti, risale la disoccupazione ufficiale, dove in cinque anni le famiglie povere sono aumentate del 30%, pari a 350 mila nuclei".

Questa valutazione, nella sua crudezza, trova riscontro in molteplici dati.

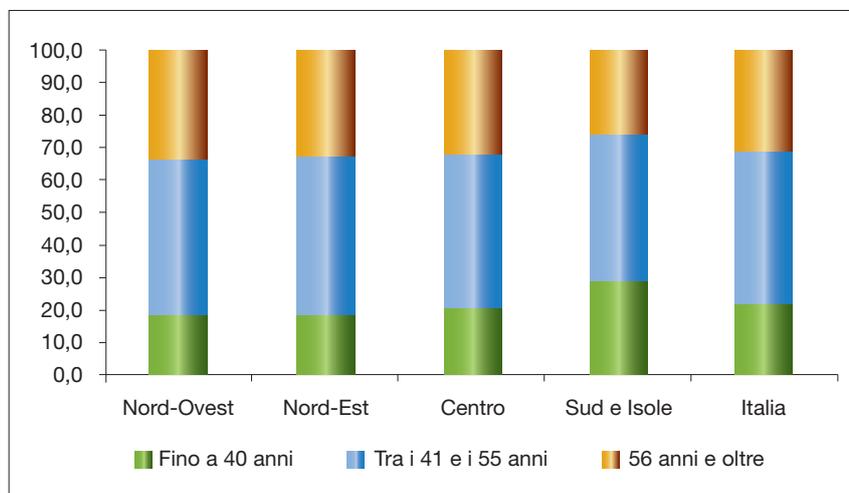
Gli occupati in un decennio arretrano di oltre 224 mila unità mentre in Italia aumentano di 900 mila; il tasso di occupazione nel Mezzogiorno è pari nel 2011 al 47.8% rispetto al 61.2% nazionale e scende di un punto percentuale mentre in Italia gli cresce dell'1.8% nel decennio. Guardando più specificamente il periodo della crisi, "il Mezzogiorno tra il 2008 ed il 2012 re-

gistra una caduta dell'occupazione del 4,6%, a fronte dell'1,2% del Centro-Nord. Delle 506 mila persone che in Italia hanno perso il posto di lavoro, ben 301 mila sono residenti nel Mezzogiorno" (Svimez 2013).

Il Pil pro capite nel 2012 è di 17.264 euro, inferiore di oltre 42 punti percentuali a quello del centro nord; è sceso di circa il 10% rispetto al periodo pre crisi contro il 5.8% del centro nord; e ancora, nel Mezzogiorno vi sono 51.4 imprese ogni 1.000 abitanti nel 2010 contro le 63.5 medie del territorio nazionale.

Dati di questo genere potrebbero continuare e altro non farebbero che aggiungere ulteriori tasselli alla descrizione dei tanti elementi di debolezza di quest'area del Paese. Ma insieme a questi elementi è possibile individuarne altri che rendono il quadro più articolato.

Nei primi dati Istat provenienti dal Censimento dell'industria e dei servizi si intravedono elementi di dinamicità non trascurabili proprio nelle Regioni del Mezzogiorno; e questo non tanto con riferimento ai principali dati di confronto tra il 2001 e il 2011, ove i tassi di aumento di occupati e imprese sono riconducibili ai livelli di parten-



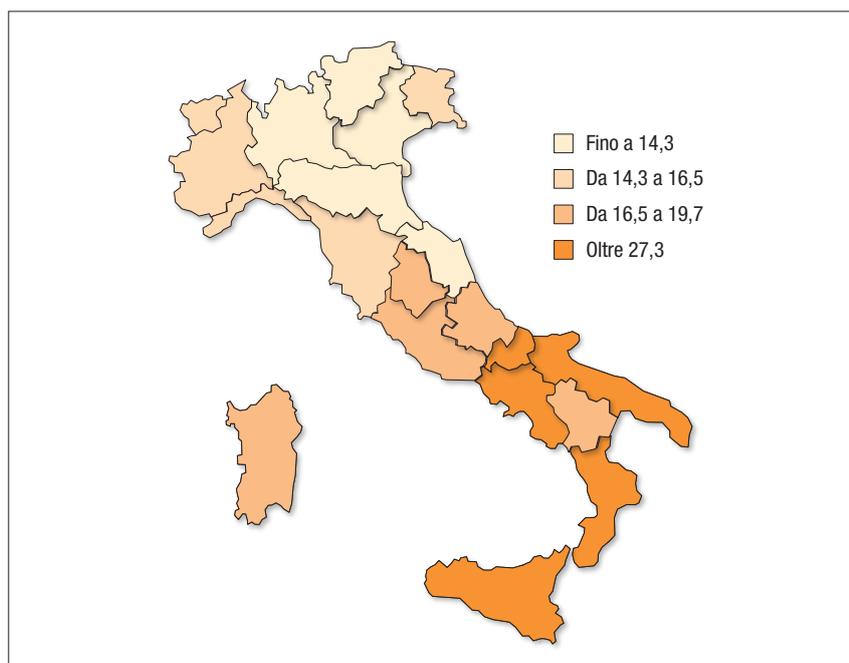
Titolari di impresa per classe di età e ripartizione geografica – Censimento 2011. Rilevazione multiscopo sulle imprese – Valori percentuali
Fonte: Istat, 9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni *non profit*. Primi risultati

za assai bassi delle Regioni meridionali e, per effetto della prospettiva decennale, non consentono di inquadrare adeguatamente le evoluzioni dell'ultimo quinquennio,

ma con riferimento ad altri fattori. È ad esempio interessante notare come, secondo Istat, “le Regioni meridionali si distinguono per una maggior presenza di imprendito-

ri con età inferiore ai 40 anni (28,7 per cento contro il 18,8 per cento del Nord-ovest)”; o anche come “nelle Regioni meridionali la già osservata minore età media degli imprenditori si associa ad una quota mediamente più elevata di imprenditori senza precedente esperienza lavorativa”.

E poi vi sono i dati sulle organizzazioni *non profit* e in particolare sulla cooperazione sociale, questi ultimi particolarmente utili perché, essendo disponibile un termine di raffronto dato dall'indagine Istat del 2005, consentono di considerare un dato intermedio che manca per generalità delle organizzazioni *non profit*; questo rende i dati meno sensibili ai bassi livelli di partenza dei dati 2001 e, anche se il periodo non coincide del tutto con quello dell'impatto della crisi economica misurato nelle statistiche Svimez sopra citate, consente comunque un pur approssimativo paragone con tali dati.



Titolari di impresa per esperienza lavorativa precedente per Regione – Censimento 2011. Rilevazione multiscopo sulle imprese – Valori percentuali
Fonte: Istat, 9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni *non profit*. Primi risultati

Negli ultimi sei anni – ricordando che sull'esercizio 2011 pesavano già tre anni di crisi – i dati Istat evidenziano un saldo di natimortalità pari a 2105 imprese – che significa almeno altrettante *start-up* (innovative e non) coronate da successo – con un impiego di oltre 3.700 lavoratori in più ogni anno, per un totale di 18 mila tra una rilevazione e l'altra.

Anche i dati che fanno emergere le debolezze del Mezzogiorno – ad esempio la dimensione media delle cooperative sociali, pari a 15 unità è circa la metà rispetto al resto del Paese – evidenziano comunque come non si parli di imprese evanescenti, ma di realtà visibili e significative nel contesto territoriale.

Il tutto conseguito in un contesto

sud e isole	unità	dipendenti	collaboratori	somministrati	volontari
2001	1.740	25.787	6.989	40	3.188
2003	1.998	28.716	8.155	80	4.039
2005	2.487	39.504	8.995	217	3.631
2011	4.592	57.723	13.346	244	8.599
differenza 2011-2005	2.105	18.219	4.351	27	4.968
incrementi / decrementi medi annui per periodo					
	unità	dipendenti	collaboratori	somministrati	volontari
dal 2001 al 2003	129	1465	583	20	426
dal 2003 al 2005	245	5394	420	69	-204
dal 2005 al 2011	351	3037	725	5	828

Cooperazione sociale – Numero cooperative e dati sulle risorse umane

che – considerando il mercato di riferimento costituito dalla gestione di servizi di *welfare* per conto degli enti locali – può contare su una spesa procapite che, nel sud, è pari alla metà di quella nazionale (mentre assume livelli più simili alla media nazionale nelle isole).

Insomma: certamente un contesto molto debole, ma al tempo stesso non privo di indizi circa la presenza di giovani generazioni propense ad intraprendere; alcuni numeri sulla cooperazione sociale dimostrano come in questi anni gli *start-up* di attività imprenditoriali andati a buon fine non siano residui.

FARE IMPRESA È DIFFICILE

La tentazione dell'estero

È Marcello Colopi, sociologo e presidente della cooperativa Di Benedetto di Cerignola in Provincia di Foggia, a raccontare le fatiche di chi prova a fare impresa nel Mezzogiorno. Racconta di tre suoi soci che dopo molti anni in cui hanno tentato di affermare la propria impresa sul territorio hanno scelto di andare a lavorare all'estero. Uno, anch'egli sociologo ed esperto di

welfare, si occupa ora di progettazione sociale in Germania e guadagna cifre che nessun presidente di cooperativa italiano – nel Mezzogiorno o altrove – ha mai visto. Un secondo è un informatico, ha trovato lavoro in Inghilterra e racconta come l'aver potuto vantare nel proprio curriculum l'esperienza in cooperativa sociale è stato valutato molto positivamente; “è proprio un paradosso”, commenta Marcello Colopi con amarezza, “che un'esperienza che nel nostro Paese è svalutata al punto di indurre una risorsa di valore ad emigrare sia considerata all'estero un punto di forza decisivo nella valutazione di un curriculum”. E poi un terzo, che operava con i migranti e che ora è tra i dirigenti di una grande ONG inglese.

Racconti, questi, che evidenziano come non siano le risorse umane ad essere carenti, ma sia il contesto che rende impossibile esprimere le potenzialità esistenti. Ciò, conferma Marco Crescenzi, presidente di Asvi, società che opera nell'ambito della formazione dei dirigenti delle organizzazioni *non profit*, è in sintonia con i dati di Alma Laurea, che documentano di

un aumento del 400% di emigrazione dei giovani neolaureati negli ultimi dieci anni e con l'esperienza di ASVI, dove sempre più spesso i giovani, fortemente motivati ad impegnarsi professionalmente nel sociale, alla fine del percorso formativo scelgono mete quali il Regno Unito, la Spagna, l'Africa e l'Asia con biglietti di sola andata. E sono tanti gli ex corsisti ASVI, giovani e brillanti professionisti del *non profit*, spesso provenienti dalle Regioni del Centro Sud, che hanno effettivamente trovato all'estero il luogo di realizzazione delle proprie aspirazioni professionali e sociali.

Quando l'impresa è una corsa ad ostacoli...

Nulla sarebbe più errato che inquadrare il Mezzogiorno sotto etichette unificanti, spesso desunte da pregiudizi. Spesso convivono a pochi chilometri di distanza esperienze avanzate e arretratezze, burocrazia e clientelismo. È di quest'ultimo fenomeno che Marcello Colopi ancora ci parla.

Il clientelismo è quello dei bandi dove ti fanno capire che è molto gradito se le persone assunte sono quelle che il dirigente o il politico indicano; forse oggi su questo fronte vi sono anche dati positivi, il territorio sembra meno permeabile a questa logica di scambio, se non per etica almeno perché questo genere di mediazioni si sono dimostrate letali per l'operatività dei servizi che si assoggettano a logiche incompatibili con quelle dell'efficienza e della buona gestione. Ma anche se molti rifiutano, spesso si trova qualcuno – sul territorio o proveniente da altre Regioni – che questi patti li sottoscrive. E questo non rende inefficiente l'amministrazione e scalza

via la buona impresa a vantaggio di quella connivente.

E poi spesso tutto diventa faticoso, si vive in una situazione di risorse scarse, in cui la reattività degli amministratori rispetto a progetti innovativi è molto scarsa, in cui il terzo settore è percepito in modo residuale e periferico nelle strategie delle politiche pubbliche; anche il dilatarsi a dismisura dei tempi di pagamento, certo connessi a difficoltà finanziarie degli enti gestori, è in parte legata ad una considerazione della cooperazione, alla difficoltà a prendere sul serio gli interlocutori.

Continua Marcello Colopi nel suo paradossale racconto, parlando di quante persone, nella stagione estiva, lascino la cooperativa per andare a lavorare nell'agricoltura: 53 euro a giornata, pagati a mezzogiorno. Sai il quanto e il quando, magari è poco e il lavoro è dequalificato, ma dall'altra parte non sai quando verrai pagato e la rilevanza sociale del lavoro è comunque misconosciuta.

La conclusione ripercorre uno dei dati ben illustrati nel rapporto GEM richiamato nel contributo di Stefano Supino: in queste condizioni si ha paura a fare impresa. Paura di dover fare fronte tutti i mesi a spese certe e di essere pagati chissà quando, di fallire, di ritrovarsi terminale debole della disastrosa finanza pubblica a dover rispettare tutte le regole senza poter rivendicare nulla. Paura a regolarizzare le assunzioni delle persone, cosa che farebbe nascere diritti cui probabilmente non si sarà in grado di dare risposta, paura delle banche che non ti faranno sconti. Queste sono le considerazioni che si scambiava un gruppo di imprenditori sociali del territorio, valutando se partecipare o meno ad un bando del va-

lore di un milione di euro, dove l'eventualità di vittoria era in grado di generare più timori che speranze.

... e le difficoltà non vengono solo dal contesto

“Forse è per non essere condannati, nostro malgrado lavorare per il *brain drain*” – dice Marco Crescenzi – “perché vi sia per i corsisti una possibilità diversa dall'emigrazione, che nei mesi scorsi ASVI ha iniziato a porsi il problema dello *start-up* nel Mezzogiorno, sino alla scelta di affiancare all'attività di formazione concrete azioni sul campo per sostenere progetti di sviluppo in partenariato con soggetti locali”.

È iniziata da alcuni mesi a Lamezia e poi ora a Lecce l'esperienza dei Social Innovation Lab, che mirano ad essere catalizzatori di idee e energie che mettono insieme il *non profit* locale, le imprese del territorio, le pubbliche amministrazioni su progetti che uniscano qualità imprenditoriale e impatto sociale e a sostenere questi progetti sul fronte dei partenariati internazionali, della raccolta fondi, dell'accesso a reti professionali qualificate.

E anche a partire da questa esperienza, pur ancora in fase iniziale, che Crescenzi evidenzia come le possibilità di far nascere e sviluppare nuove imprese al sud siano limitate non solo da elementi esterni, ma anche da fenomeni di adattamento patologico di una parte del terzo settore agli elementi più deteriorati del contesto che lo circonda. Ciò avviene quando il capitale di relazioni, in particolare con i soggetti pubblici, è utilizzato per garantire propri posizionamenti invece che per far maturare nel decisore politico un orientamento di apertura all'innovazione; quando questi legami, che sarebbero uti-

lissimi per far evolvere il contesto sociale, vengono invece utilizzati come “patrimonio privato”, come relazione da giocare a proprio vantaggio nella competizione con altri soggetti, ripercorrendo così logiche che portano al clientelismo; quando si diffondono atteggiamenti di chiusura e diffidenza che vanno di pari passo con la costruzione di fortini a difesa del proprio posizionamento, le logiche di clan prevalgono sui circuiti aperti e sulla continua contaminazione di cui ha bisogno l'innovazione.

START-UP, LE DIREZIONI

Ma, come si è detto, se molte sono le criticità e le debolezze – di contesto ed interne al terzo settore – nulla sarebbe d'altra parte più errato che leggere un Mezzogiorno dimesso e rinunciatario.

Le esperienze di *start-up* ci sono e come si è visto sono tali da mettere in fila anno dopo anno numeri significativi, nella misura di centinaia di imprese e migliaia di posti di lavoro. Il tentativo delle prossime pagine, senza pretesa di completezza e sistematicità, sarà quello di provare ad individuare alcune “dimensioni” rilevanti per queste *start-up* cercando di orientarsi tra le buone prassi raccolte per estrarne delle chiavi di lettura.

La tecnologia

Nel seguire il filo delle *start-up* di questi mesi, uno degli elementi più ricorrenti è quello delle tecnologie; o meglio, dell'utilizzo di tecnologie innovative per conseguire risultati in campo sociale.

Il caso di Peditus (www.peditus.org), presente nel seminario ASVI già citato, ha avuto una qualche – meritata – eco anche sui mezzi di comunicazione generalisti; si tratta



www.pedius.org

dell'esperienza di un ventottenne di Gaeta, precedentemente inserito in una grande azienda informatica, che ha lasciato il proprio lavoro per sviluppare un'applicazione Android che consente il riconoscimento vocale istantaneo nel corso di una telefonata rendendo così possibile l'utilizzo del cellulare per i sordi; i messaggi testuali della persona sorda vengono ascoltati dall'interlocutore grazie ad una sintesi vocale, mentre le parole dell'interlocutore vengono riconosciute sotto forma di testo.

Il caso di S.IS.Ca, il "bracciale elettronico" sviluppato in partenariato dal consorzio di Cooperative sociali Sol.Co – Rete di Imprese Sociali Siciliane con il dipartimento CAPITT dell'Università degli Studi di Catania e con alcune imprese operanti nella ricerca e ingegnerizzazione di tecnologie a supporto dei servizi socio-sanitari; questo

dispositivo, in corso di sperimentazione a Siracusa e altre Province siciliane su un centinaio di pazienti, tiene sotto controllo i parametri vitali dei pazienti direttamente da casa e, in tempo reale, li invia a una centrale operativa che li registra e li rende accessibili agli operatori socio-sanitari, rendendo così possibile la cura a domicilio di persone che sino ad ora venivano ospedalizzate.

Cristina Privitera, nello staff che sta seguendo l'accreditamento di Solco come incubatore certificato di start-up innovative ai sensi della legge 221/2012 e che a questo fine sta raccogliendo le candidature di gruppi di giovani che richiedono sostegno nel percorso di start-up, testimonia come una parte significativa delle richieste riguardano idee di sviluppo fondate su innovazioni tecnologiche, come un gruppo di giovani ingegneri di

Francavilla che sta lavorando allo sviluppo di un'idea imprenditoriale nell'ambito della termografia.

Probabilmente, come Marco Crescenzi sottolinea, il terzo settore è stato – con lodevoli eccezioni – troppo chiuso negli anni passati verso le innovazioni che le tecnologie, in particolare l'uso della telematica applicata ai servizi di welfare, potevano apportare in termini di impatto sociale; non a caso spesso questo tipo di innovazioni richiedono oggi una contaminazione tra cooperazione, imprese for profit e start-upper, da cui possono nascere esiti altamente innovativi.

Le connessioni e le reti

Molto spesso le storie di start-up sono storie di connessioni inedite. Alla base, ricorda ancora Marcello Colopi, vi è la persistenza, in molti territori del Mezzogiorno, di una

rilevante dimensione comunitaria: racconta di casi di cooperative nate dal supporto del tessuto associativo locale, da gruppi parrocchiali, da genitori di utenti, dal supporto reciproco tra imprese nascenti e imprese consolidate; sono questi i meccanismi da cui la cooperazione sociale ha preso avvio in tutta Italia e ancora oggi sono in molti casi una forma di sostegno decisiva per la *start-up*.

Ancora, la cooperazione sociale si è storicamente organizzata nelle Regioni del Mezzogiorno, come nel resto del Paese, in una pluralità di reti territoriali e talvolta settoriali, che hanno svolto, tra le molte funzioni, anche quella di promozione della *start-up* di nuove iniziative imprenditoriali.

Se questo è un patrimonio consolidato, di lì in avanti partono nuove e ulteriori contaminazioni.

Cooperazione sociale con la sua

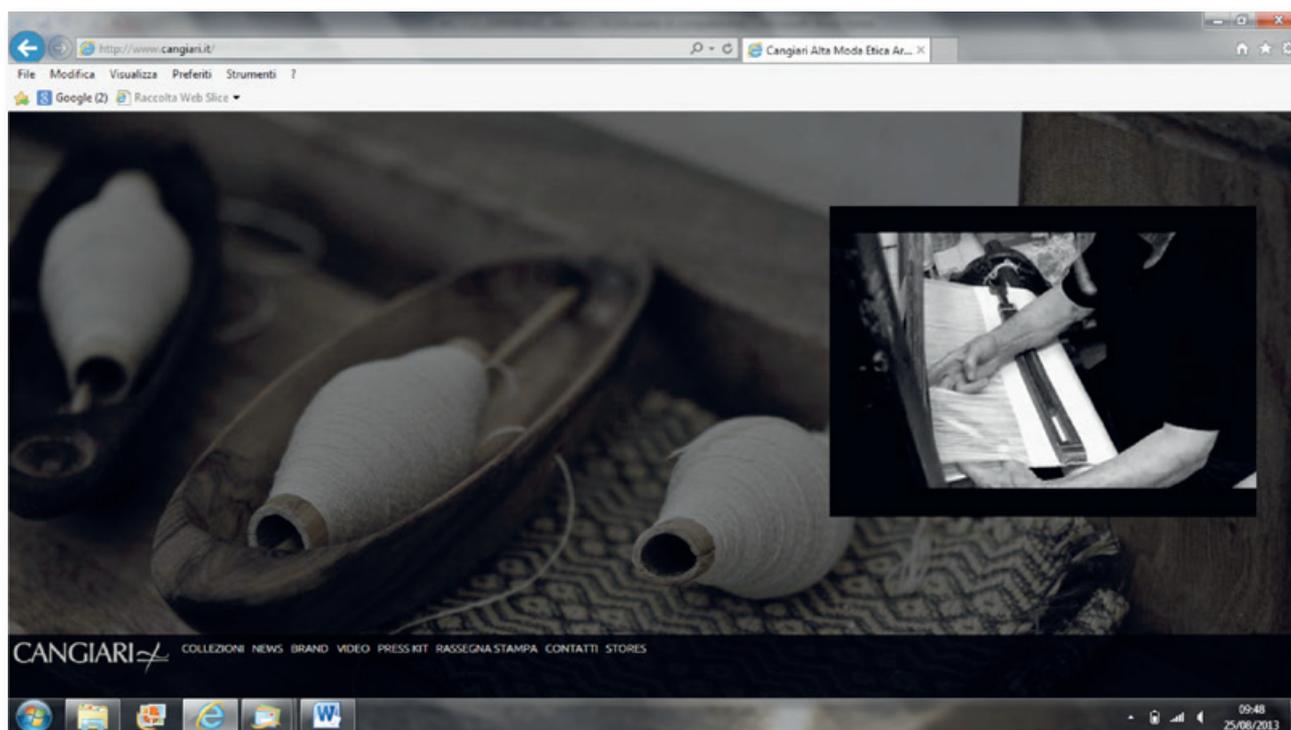
vocazione imprenditoriale e altre organizzazioni di terzo settore che si fondano sul coinvolgimento e sull'animazione delle comunità locali; *non profit* a finalità sociale e imprese *for profit* con competenze tecnologiche e capacità di investimento; organizzazioni della società civile portatrici di idee e istanze innovative e pubbliche amministrazioni in grado di fare un passo avanti rispetto a ruoli meramente burocratici o di gestione del potere; esponenti storici del terzo settore e giovani con idee originali; persone con competenze sociali e figure diverse quali professionisti e artisti eccellenti che trovano stimoli ed entusiasmo nel diventare parte di un progetto sociale.

La maggior parte delle *start-up* di maggiore interesse parte da commissioni di questo e di altro genere; e ciò non solo in quanto, come è lecito attendersi, si creano com-

plementarietà tra competenze e risorse diverse, ma perché è la novità della combinazione a costituire un fattore competitivo e perché, come ricorda ancora Marco Crescenzi, una volta che si generano meccanismi di fiducia, si sviluppano opportunità di relazione esponenziali tra i diversi nodi di queste nuove relazioni; e ovviamente è decisivo quanto tutti i soggetti coinvolti gestiscono questo capitale relazionale con trasparenza e correttezza senza cedere alle tentazioni di opportunismo.

La qualità

“Per fare *start-up* innovativo bisogna agire su più fronti” spiega Marco Crescenzi, “Vanno create delle condizioni di sistema, ci vuole una buona idea, un prodotto che abbia un certo *appeal*, bisogna lasciare da parte il classico corso di formazione fine a se stesso, pun-





www.lanificioleo.it

tare sulla qualità del *design*, definire un partenariato di “sviluppo prodotti” avvalendosi dell’apporto di grafici di fama e di qualità, non cadere nel luogo comune che il sociale deve essere approssimativo e trasandato. Per avere qualità sociale bisogna coniugare qualità ed innovazione dei prodotti, delle relazioni e dei processi”.

Questo oggi, continua Crescenzi, vuole essere il Social Innovation Lab di Lamezia, che vede ASVI e Associazione Comunità Progetto Sud al lavoro in Calabria su un progetto di recupero e rilancio di un’attività di tessitura della seta nel cosentino, una produzione locale che rischia di scomparire per il progressivo dissolvimento delle capacità imprenditoriali.

Senza attardarsi troppo sui singoli esempi e rimanendo sulle iniziative di imprenditorialità sociale nel settore tessile in Calabria, vale la pe-

na di notare come questo non sia un caso isolato. Si pensi al marchio Cangiarì (<http://www.cangiarì.it>) sviluppato dal Gruppo cooperativo Goel anche grazie alla collaborazione di Santo Versace, o del Lanificio Leo (<http://www.lanificioleo.it>), esito dell’evoluzione di un’antica fabbrica tessile in un’azienda-museo, iniziative in cui la riscoperta delle tradizioni artigianali locali viene collocata entro imprese moderne e innovative fondate sul connubio tra eccellenza di impresa e significati culturali e sociali. In queste esperienze tecnologie e manualità, telematica e ingranaggi si fondono in un ideale di innovazione fortemente radicata nella fisicità dei materiali.

La finanza e le risorse

Per quanto il dibattito sugli strumenti finanziari per finanziare le *start-up* sociali sia particolarmente

vivace negli ultimi mesi, va ricordato come in tutto l’ultimo ventennio vi siano stati molteplici esempi di strumenti finanziari “non standard” a sostegno delle nuove iniziative imprenditoriali, soprattutto nel Mezzogiorno. Vi sono state misure “istituzionali” come le leggi a sostegno all’imprenditoria giovanile (legge 44/1986 e poi legge 95/1995) che finanziavano investimenti e alcune spese di avvio attività e i “bandi Fertilità”, centrati sul tutoraggio da parte di imprese consolidate a favore di imprese nascenti (impostazione ripresa anche nel recente decreto c.d. “Del Fare”); vi sono iniziative nate nell’ambito della finanza più attenta all’imprenditorialità sociale come la Cosis degli anni novanta (sovvenzione globale Oasis) e oggi l’azione di grande rilevanza di Fondazione Con il sud e di soggetti di *venture capital* come Oltre Venture

con cui si sono avviate esperienze di coinvestimento su settori innovativi come quello delle energie rinnovabili.

E poi, negli ultimi mesi, ulteriori nuove opportunità: i bandi Smart Cities del Miur o il bando “Giovani del *non profit* per lo sviluppo del Mezzogiorno” hanno costituito canali di sostegno alla *start-up* in grado di intervenire a supporto dell’idea innovativa, cui si sono aggiunti strumenti su base regionale, che a loro volta traggono le risorse da fondi comunitari come Jermie o i programmi di microcredito come nel caso della Sicilia che ha approvato disposizioni per estendere l’applicazione degli strumenti di microcredito oltre che alle famiglie, anche alle microimprese familiari e artigiane.

L’elenco delle iniziative pubbliche e private che possono essere utilizzate a sostegno di progetti di *start-up* innovativi richiederebbe spazi molto più ampi e comprende anche i bandi di diverse fondazioni (es. il Gift Matching Program di Unicredit Foundation, i bandi di fondazione Telecom o fondazione Vodafone) e prodotti messi a punto dalle banche di settore, come Terzo Valore di Banca Prossima o i programmi di sostegno alla capitalizzazione di Banca Popolare Etica. Certo tutti questi strumenti sono (o sono stati) preziosi e molte delle imprese sociali oggi operanti nel Mezzogiorno ne hanno beneficiato in determinate fasi della loro storia; così come è utile studiarne di nuovi, cercando sempre di mettere a frutto le esperienze precedenti. La presenza di risorse comunitarie significative, comprese quelle relative alla programmazione 2014-2020 costituisce una opportunità in tal senso.

L’aspetto da valutare con attenzio-

ne è quello del raccordo tra il momento del sostegno alla *start-up* (e quindi strumenti quali la capitalizzazione iniziale, il finanziamento a tasso agevolato o in conto capitale per gli investimenti, in alcuni casi l’intervento sulle spese di gestione nella fase iniziale, l’apporto di *know how*) con ragionamenti adeguati sulla sostenibilità nel medio periodo, che non è di per sé assicurata dall’azione di supporto alla *start-up*.

Oltre il *business plan*

Stefano Supino, in occasione del già citato convegno ASVI, ha ben messo in luce tutte le insidie che si celano nell’avviare un’impresa secondo l’approccio tradizionale incentrato sulla redazione del *business plan*. Spesso, secondo Supino, si compie l’errore di ritenere che una pianificazione elaborata, ricca di dettagli sul fronte economico finanziario, di ipotesi ben articolate sul punto di pareggio e di congetture apparentemente solide sulla reazione positiva della clientela alla soluzione offerta – congetture articolate nella presunzione che la lettura del bisogno/domanda fatta *ex ante* sia di per sé compiuta e corretta – sia il preludio ineludibile di una impresa di successo. In realtà, sostiene Supino, per quanto la redazione di un accurato *business plan* sia un esercizio utile, difficilmente il documento sopravvive – come insegnano i fautori della *lean start-up methodology* – al primo contatto con i clienti o con gli utenti beneficiari. Per quanto le considerazioni fatte *ex ante* sembrino ragionevoli, per quanto la lettura dei bisogni sia compiuta da soggetti non improvvisati, non c’è infatti nulla che garantisca *ex post* il successo del prodotto offerto o del servizio erogato

to dalla nuova realtà imprenditoriale. Il fatto è, continua Supino, che solo nel momento in cui la proposta di valore dell’impresa “incontra” realmente i soggetti cui essa è indirizzata che è possibile scoprire l’effettiva reazione della clientela o dell’utenza. E questa reazione può concretizzarsi in diverse intensità di gradimento, che possono implicare sia il rifiuto (la clientela non manifesta il bisogno ipotizzato o ritiene di poter soddisfare tale bisogno affidandosi alle soluzioni già esistenti) sia l’accettazione solo parziale (la clientela potrebbe dimostrare di non gradire o ritenere cruciali molte delle caratteristiche che definiscono il bene). Un neo imprenditore, continua Supino, prospetta sempre una soluzione nella presunzione di sapere. Ed è questo il suo maggior nemico. Per sviluppare soluzioni efficaci occorre invece apprendere, esaminare quali siano le reali reazioni degli utenti e in cosa si concretizzino le loro attitudini.

E allora forse è bene abbandonare un approccio “ingegneristico” tutto basato su prefigurazioni *ex ante* – salvo il correre ai ripari tardivamente e con costi rilevanti di fronte agli “imprevisti” – ed assumere sin dall’inizio e consapevolmente una nuova metodologia basata sulla sperimentazione e sulla messa a punto progressiva della propria proposta di valore sulla base delle informazioni e dei *feedback* della clientela e dei beneficiari reali. Una *start-up*, sostiene Supino, più che focalizzarsi sull’intuizione iniziale, dovrebbe tradurre la stessa intuizione in ipotesi di prodotto/servizio da testare sui primi clienti reali e da raffinare iterativamente in base a quanto è possibile apprendere dalle loro reazioni.

Muta quindi l’idea di un’impre-



sa in *start-up*, che diventa in primo luogo “un’organizzazione temporanea progettata per la ricerca di un modello di *business* ripetibile e scalabile”; muta la figura di colui che intraprende, che si orienta sempre di più verso una grammatica di sperimentazione, ascolto, ridefinizione; il miglior imprenditore, in questa accezione, non è chi ha l’idea iniziale migliore, ma chi sa meglio apprendere dall’interazione con la clientela e accettare che l’apprendimento può riservare nella maggior parte dei casi delle sorprese sgradevoli che richiedono delle revisioni anche fondamentali del proprio modello di *business*.

E DOPO LA START-UP?

Queste considerazioni inducono ad una riflessione sull’enfasi che in questi ultimi mesi il tema della *start-up* ha ricevuto nel dibattito sulle politiche di sviluppo.

A fini mediatici è indubbiamente più “attraente” enfatizzare la nuova idea imprenditoriale, soprattutto se originale e ammiccante, ma in sede di definizione delle politiche sarebbe necessario un esame più ampio.

Difficilmente ci si interroga su quante imprese, magari portate ad esempio come buone prassi nel momento della *start-up* abbiano dimostrato nel medio periodo una qualche consistenza imprenditoriale. Ma non a caso non è facile trovare dati su quante *start-up* – magari inserite in programma di

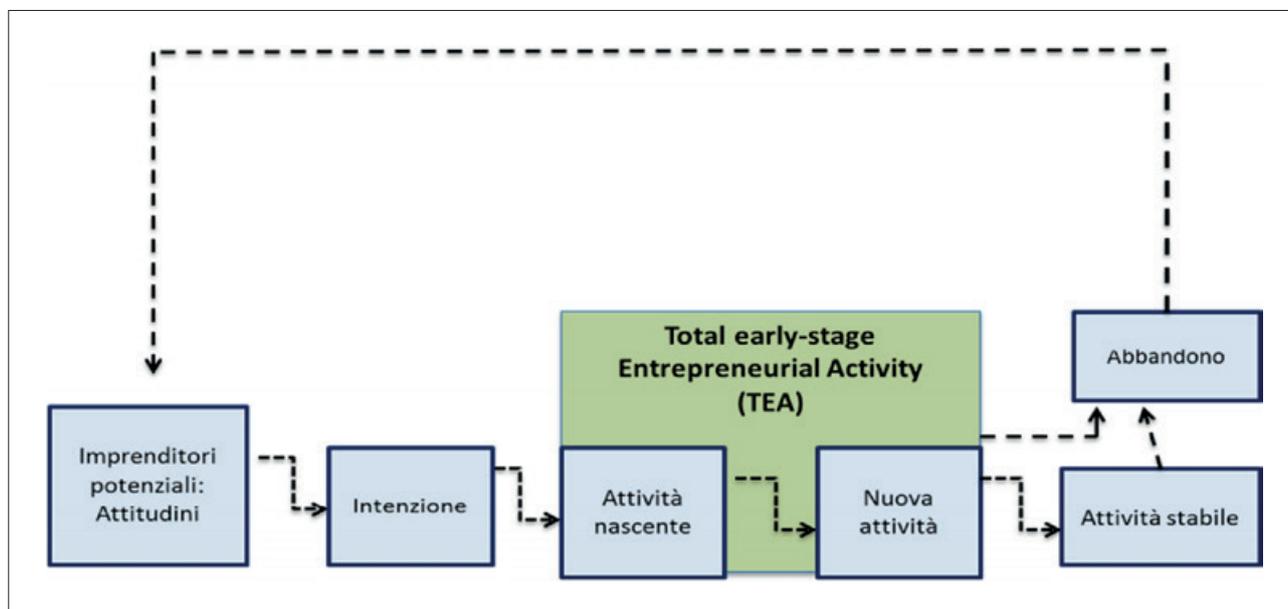
incentivazioni – hanno retto al mercato per due o tre anni dopo la fine delle misure agevolate; non è facile trovare riflessioni su quali siano le condizioni che, sulla base dell’esperienza empirica, favoriscono o rendono improbabile il consolidamento dell’impresa. E, al di là della sopravvivenza della singola impresa, il panorama di studi e riflessioni appare ulteriormente carente quando si tratta di misurare l’effettivo impatto di cambiamento sociale connesso ad un’azione innovativa intrapresa in una *start-up*. Con riferimento specifico al Mezzogiorno, una cosa è dare vita ad uno *start-up*, magari anche grazie a strumenti finanziari agevolativi *ad hoc* e di apporti specifici consulenziali nella fase iniziale. Un’altra è gestire un’impresa sostenibile nel medio periodo in territori dove le risorse *pro capite* che gli enti locali spendono per il *welfare* locale sono dimezzate rispetto al centro nord, dove il reddito medio (da cui deriva la domanda privata) è inferiore di oltre il 40% a quello del

centro nord e dove spesso i tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni sono in ritardo di mesi (o spesso anni!) rispetto a quanto contrattualmente previsto, così creando catene di ritardi che si propagano a fornitori e lavoratori. Una cosa è il richiamo retorico a casi d’oltreoceano in cui, per combinazioni singolari di merito e fortuna, un giovane dal nulla ha creato un’impresa *leader* mondiale, un’altra è comprendere la vita quotidiana di altre migliaia di iniziative imprenditoriali che fanno i conti con una concorrenza agguerrita, un sistema economico affaticato, scarsa solvibilità della domanda, sistema bancario latitante, tempi di pagamento oltre ogni ragionevolezza e così via.

Sembra, insomma, per riprendere il già citato Rapporto GEM Italia 2012, che risorse, politiche, attenzione mediatica, si concentrino sul momento del passaggio tra “intenzione” e “attività nascente” e tra “attività nascente” e “nuova attività”, mentre generalmente cala il

LETTURE...





Il ciclo delle start-up

sipario sulla gestione ordinaria della nuova attività (GEM la considera tale per i primi tre anni e mezzo) e ancor più su suo consolidamento in attività stabile.

Ciò avviene sia perché la “early stage” è indubbiamente più appassionante da molti punti di vista, sia perché i soggetti coinvolti – siano essi decisori politici o imprenditori o incubatori – sono così sgravati dal discutere possibili esiti imbarazzanti di medio periodo. E allora non è decisivo solo il sostegno alla start-up, ma anche l’accompagnamento nella vita d’impresa e l’inserimento in rete virtuose. È questa la lettura che propone anche Cristina Privitera; nel momento in cui Sol.CO ha deciso di lavorare per sostenere lo sviluppo di giovani talenti, la strategia è stata quella di inserire le imprese nascenti all’interno di una rete che favorisce la crescita di nuove imprese, mettendo in gioco non solo servizi per supportare la definizione dell’idea di impresa, la formazione imprenditoriale, la ricerca e dei finan-

ziamenti, la comunicazione e il *marketing*, ma soprattutto mettendo a disposizione un ambiente in grado di supportare i diversi passi dell’impresa che inizia ad operare, la propria rete di contatti e la capacità di creare nuove *partnership*.

Questa strategia, in fondo, ripercorre ed amplia ad un interlocutore diverso – i “giovani talenti”, appunto – la strategia che ha determinato un saldo medio di 300 nuove imprese e 3.500 nuovi dipendenti e collaboratori ogni anno per dieci anni – attraverso periodi di crescita economica e di recessione – realizzato dalla cooperazione sociale del Mezzogiorno e che è un esempio concreto di persistenza e di resistenza a condizioni ambientali avverse.

Probabilmente il collocare il tema della start-up all’interno di quello più ampio del rafforzamento del tessuto imprenditoriale – e nello specifico dell’imprenditorialità sociale – del nostro Paese porterebbe a riorientare politiche e risorse dalla *early stage* all’intero processo; porterebbe a chieder-

si, facendo il più possibile ricorso a dati empirici, sia quante attitudini non diventano progetti impresa e quanti progetti di impresa non giungono alla start-up, sia quante imprese non riescono a svilupparsi e vengono abbandonate, cercando di individuare per ciascuna fase i momenti di criticità e gli strumenti più adatti a superarli.

A questo proposito può essere fondamentale favorire il contatto tra imprese e start-upper, in modo tale che le prime possano sostenere chi inizia un’avventura imprenditoriale e i “giovani talenti” possano mettere in campo nuove idee, freschezza imprenditoriale e culturale, possibilità di esplorare nuovi settori di mercato. Starà poi alla capacità di rinnovamento delle imprese cogliere queste opportunità, cosa niente affatto scontata se si considerano i tanti casi, ad esempio sul fronte delle nuove tecnologie, in cui imprese consolidate hanno sottovalutato o scartato innovazioni poi dimostratesi dirompenti e realizzate da nuovi soggetti.

LEA SOCIO-SANITARI E SISTEMI REGIONALI DI INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Stefano Ricci *

Un approccio globale alle salute: modelli a confronto

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: UNA, NESSUNA, CENTOMILA...

È ancora attuale la definizione di prestazioni socio-sanitarie data dall'art. 3-*septies*, comma 1 del d.lgs. 229/1999: "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione".

È anche possibile tracciare un "sentiero", più o meno coerente, per l'integrazione socio-sanitaria dalla legge 833/1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale alla legge 328/2000 sugli interventi e sui servizi sociali, anche se troppi anni e troppe trasformazioni nella sanità le distanziano, con l'"aggravante" dell'approvazione della l. cost. 3/2001, di riforma del Titolo V della Costituzione, che ha

divaricato le competenze di sanità e sociale tra Governo centrale e Regioni...

Un ulteriore elemento istituzionale di frammentazione è stata l'applicazione disarticolata ed eterogenea (e in molti territori anche discontinua ed incompleta) da parte delle Regioni sia del d.P.C.M. 14 febbraio 2001, "Atto di Indirizzo e Coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che del successivo d.P.C.M. 29 novembre 2001 con la definizione dei LEA – Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza, ed in particolare quelli socio-sanitari di cui alla tabella riepilogativa 1.C Area Integrazione Socio-Sanitaria dell'Allegato 1.

In questa prospettiva accostare il titolo di una commedia di Pirandello all'integrazione sociale e sanitaria è, purtroppo, molto appropriato, anche perché diventa difficile recuperare uno schema concettuale unitario complessivo delle reti integrate tra sanità e sociale che si sono sviluppate nei territori del Paese.

I contenuti e i modi dell'integrazio-

ne sociale e sanitaria andrebbero declinati in tutte le Regioni tenendo conto di:

- principi generali di riferimento del "modello" di integrazione sociale e sanitaria adottato;
- armonizzazione dei contenuti delle normative regionali con le normative nazionali (comunque da integrare e adeguare);
- ridefinizione e aggiornamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, sanitarie, socio-sanitarie.

Una corretta integrazione sociale e sanitaria dovrebbe garantire almeno due livelli di coerenza:

- tra la "progettualità per la persona" e la "programmazione integrata territoriale";
- tra la programmazione e la progettazione di servizi, azioni ed interventi socio-sanitari e la declinazione dei diversi livelli di integrazione, con le varie dimensioni interconnesse.

In effetti il d.lgs. 229/1999 indica che l'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli:

*] Sociologo. È Dirigente per l'Integrazione socio-sanitaria nell'Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche. Dal 2004 al 2007 è stato Responsabile dei Servizi di integrazione socio-sanitaria dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche. Ha partecipato alla elaborazione della Raccomandazione SIQuAS 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario".

istituzionale, gestionale e professionale, ma, probabilmente è opportuno (e sempre più necessario) coniugarla con riferimento ad una maggiore articolazione di livelli:

- Istituzionale: riguarda il livello politico-amministrativo per la collaborazione fra istituzioni diverse (ministeri, regioni, aziende sanitarie, amministrazioni comunali...) impegnate nel conseguire comuni obiettivi di salute.
- Territoriale: riguarda principalmente la necessaria omogeneità dei territori dove si erogano le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, con particolare riferimento al Distretto Sanitario e all'Ambito Territoriale Sociale (che è auspicabile siano coincidenti).
- Programmatorio: riguarda le modalità di garantire una programmazione sanitaria e sociale unitaria ai diversi livelli territoriali (regionale e locale), favorendo la partecipazione dei diversi portatori di interessi, pubblici e privati, e della cittadinanza.
- Organizzativo: riguarda le forme organizzative che devono essere adottate per assicurare un'equilibrata collaborazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari sul territorio, con particolare attenzione al coordinamento e alle modalità di attuazione della programmazione.
- Gestionale: riguarda il governo manageriale di risorse e di servizi da integrare in progetti comuni di intervento e si colloca a livello di struttura operativa sia dell'ambito sanitario che di quello sociale.
- Professionale: riguarda la composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci, correlata all'adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro

interprofessionale e della gestione dei casi tra operatori della sanità e operatori dei servizi sociali.

In questa fase storica la questione della definizione dei nuovi LEA è all'attenzione del governo centrale, ma riguarda e coinvolge tutti i livelli territoriali di governo, organizzazione e gestione. Va sottolineata l'urgenza e la priorità dei LEA socio-sanitari anche per evitare che, essendo prevalentemente quelli relativi alle persone più fragili, e quindi meno ascoltate, siano i più penalizzati con la scusa della crisi economica e i più dequalificati e destrutturati perché già ora i meno consolidati.

La Raccomandazione SIQuAS 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"¹ ha dato un contributo significativo alla conoscenza e alla consapevolezza sulla situazione e sulle prospettive dell'integrazione sociale e sanitaria in Italia. Tra gli obiettivi della raccomandazione c'era quello di rileggere i documenti a disposizione, le esperienze e la letteratura scientifica internazionale, i percorsi sinora realizzati, la normativa nazionale e regionale per evidenziare, in questa moltitudine di atti, gli elementi favorevoli e sfavorevoli; in quella sede uno dei contributi del sottoscritto ha riguardato la proposta di un "modello" di classificazione dell'integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni.

UN "MODELLO" DI CLASSIFICAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA NELLE REGIONI

A cosa può servire un "modello" di classificazione per i "siste-

mi" di integrazione sociale e sanitaria realizzati nelle Regioni italiane? Certamente andrebbe evitato un esercizio accademico di studio con esclusivo riferimento a schemi teorici o alla sola comparazione delle legislazioni regionali perché sostanzialmente fine a se stesso; mentre potrebbe essere utile (ed è quello che ho cercato di sviluppare) un lavoro di analisi e di confronto che sia basato su alcune ipotesi di ricerca, supportate da riferimenti teorici esplicitati, ma che si estenda alla ricerca di indicatori dell'operatività concreta dell'integrazione sociale e sanitaria.

In questa prospettiva il lavoro di ricerca che ho proposto e realizzato, anche se andrebbe approfondito ed irrobustito con l'individuazione di indicatori stabili e in grado di coprire tutte le dimensioni considerate, può essere utile per:

- individuare gli elementi caratterizzanti l'integrazione sociale e sanitaria nelle diverse Regioni, evidenziando elementi comuni, costanti e diversità, peculiarità;
- comprendere i diversi orientamenti regionali e le operatività effettive sull'integrazione sociale e sanitaria;
- favorire il dialogo ed il confronto sull'integrazione sociale e sanitaria non solo sul piano "teorico", ma anche operativo;
- cercare di circoscrivere i fattori di successo da riproporre ed i pericoli da evitare per consolidare il processo di integrazione tra sanità e sociale;
- orientare scelte per migliorare l'integrazione sociale e sanitaria sia qualificando un raccordo nazionale assolutamente mancante tra il Ministero delle Politiche Sociali e il Ministero della Salute, ma anche all'interno di quest'ultimo.

L'IMPIANTO CONCETTUALE DI CLASSIFICAZIONE DEI "MODELLI" DI INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Come riferimento generale per "leggere" i sistemi regionali dell'integrazione sociale e sanitaria ho ritenuto utile considerare due sue dimensioni costitutive: contenuti e modalità (Ricci, 2011).

La dimensione dei "contenuti" è relativa da un lato a quelle prestazioni, attività, interventi, servizi che vengono considerati propri dell'integrazione sociale e sanitaria e, dall'altro, al fatto che questi contenuti si riferiscono ad un approccio sistemico, quindi trasversale e complessivo, all'integrazione delle risposte ai bisogni sociali e sanitari o siano relativi ai singoli settori "propri" dell'integrazione sociale e sanitaria (maternità ed infanzia, disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, anziani non autosufficienti, altre fragilità).

La dimensione delle "modalità" riguarda il "come" l'integrazione sociale e sanitaria viene programmata, organizzata, gestita... cioè se si privilegiano procedure strutturali o se si utilizzano criteri funzionali per regolare la relazione tra i servizi sanitari delle Aziende sanitarie ed i servizi sociali dei Comuni.

Nell'analisi di queste due dimensioni assumono particolare rilevanza, e quindi vanno analizzati, altri due aspetti:

- la relazione tra le aree sanitaria, sociosanitaria e sociale, per cogliere come viene garantita la prospettiva indispensabile della continuità assistenziale;
- la declinazione dell'integrazione sociale e sanitaria rispetto ai diversi livelli: Istituzionale, Territoriale, Programmatorio, Organizzativo, Gestionale, Professionale.

In questa logica ho individuato quattro "modelli" di integrazione sociale e sanitaria che non rappresentano tanto "idealtipi" quanto "direttrici" interpretative che prendono spunto anche dalla generalizzazione di esperienze regionali, ma che vanno verificate con riferimento a variabili e indicatori oggettivi, concreti, comparabili.

Nella integrazione "inquadrata" c'è un prevalenza della integrazione per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria; in genere si sviluppa in sistemi complessi, eterogenei (anche diversi nell'approccio teorico) e determina una integrazione "a scacchi".

Nell'integrazione "delegata" le competenze socio-sanitarie (e in qualche caso anche quelle "sociali") sono delegate dai Comuni all'Azienda sanitaria; in casi meno frequenti (e locali) il sociale interviene a compensare interventi carenti della sanità, soprattutto per le fragilità di "confine".

Nell'integrazione "terza" le prestazioni socio-sanitarie sono organizzate, gestite ed erogate da un soggetto specifico, in qualche modo "terzo" rispetto a Azienda sanitaria e Comune, configurando una linea produttiva specifica, una filiera sociosanitaria.

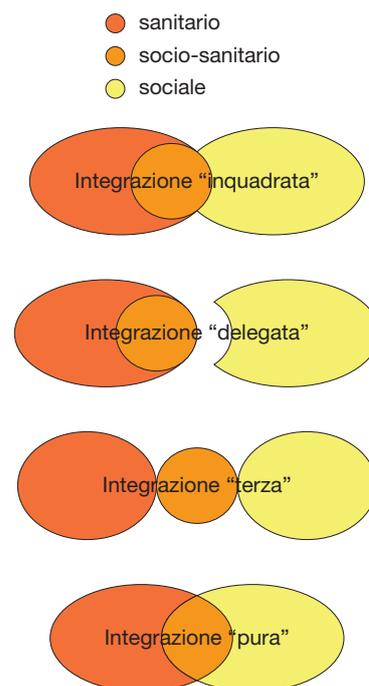
L'integrazione "pura" è caratterizzata dal mantenimento delle competenze sociali ai Comuni e di quelle sanitarie all'Azienda sanitaria, per cui l'integrazione viene costruita e gestita insieme tra soggetti diversi e distinti, con modalità di collaborazione e connessione più o meno strutturate.

È evidente che l'applicazione di questi "modelli" di integrazione sociale e sanitaria e la declinazione per i diversi livelli individuati comporta vantaggi e difficoltà, rischi e opportunità, soprattutto in

riferimento alla "praticabilità" e all'"adeguatezza" rispetto al fine.

Per l'integrazione "inquadrata", sul versante istituzionale è difficile raccordare e conciliare la unitarietà dell'approccio socio-sanitario con le specificità dei settori di intervento; è caratterizzata dalla prevalenza di programmazioni per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria, con possibili problemi di coerenza; difficili, sul piano organizzativo, le relazioni tra dirigenti di settore di intervento e dirigenti "di sistema" (ai vari livelli territoriali); rispetto alla gestione, la comunicazione tra i vari settori di intervento può complicare le interconnessioni nei casi "di confine"; sul piano professionale c'è variabilità di collaborazione e sintonia tra le professionalità nei diversi settori di intervento.

L'integrazione "delegata" è caratterizzata da uno squilibrio istituzionale "permanente" tra sanitario e sociale; le buone prassi di integra-



Modelli di integrazione

zione sono determinate prevalentemente dalla disponibilità dei dirigenti dei servizi sanitari e sociali attivi nei diversi territori; c'è una separazione rigida ai diversi livelli territoriali di programmazione o, comunque, una difficile integrazione; la delega organizzativa favorisce l'accentuazione delle disarmonie tra i diversi servizi sanitari e sociali ma facilita l'operatività, ma anche il rischio (sul piano gestionale) di sanitarizzazione degli interventi sociali; la collaborazione professionale è forte nella sanità, ma con gli operatori sociali dei comuni rischia di essere confinata ad attività "marginali".

L'integrazione "terza" presenta rischi di moltiplicazione dei livelli/luoghi decisionali sul piano istituzionale, mentre si caratterizza per una "modellizzazione" facilmente replicabile ai diversi livelli territoriali; sul versante della programmazione potrebbero presentarsi difficoltà di definizione dei contenuti e delle competenze specifiche del settore socio-sanitario rispetto agli altri e, conseguentemente, a livello organizzativo, c'è il rischio di sovrapposizione di servizi e responsabilità (con possibili conflitti); sempre come incognita, nella gestione, ci potrebbe essere una maggiore attenzione alle specificità e una minore prospettiva olistica; a livello professionale sono facilitate le sintonie per "specializzazione" e qualche difficoltà nella comunicazione/collocazione multidisciplinare con i servizi esterni alla filiera.

Per l'integrazione "pura" sono necessarie corrispondenze e coerenze istituzionali tra i livelli centrale/regionale e decentrato/territoriale; sul piano territoriale aumentano i rischi di eterogeneità delle risposte (modi e contenuti) per la diversità dei contesti locali; l'omogeneità

dell'impostazione facilita il governo ai diversi livelli di programmazione, mentre è difficile perseguire e mantenere un livello sufficientemente definito delle varie forme di organizzazione degli interventi; sul piano gestionale è possibile la compensazione tra i servizi grazie a modelli di relazione agili e flessibili e su quello professionale le sintonie possono essere determinate dalla "obbligatorietà" della ricerca di processi operativi comuni.

FONTI DI RIFERIMENTO E INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI CLASSIFICAZIONE

La metodologia della ricerca seguita per verificare l'impianto concettuale di classificazione dei "modelli" di integrazione sociale e sanitaria elaborato è partita dalla letteratura, collegata o collegabile, che spesso è stata anche "fonte" per la individuazione delle 16 variabili considerate (distribuite tra i diversi "livelli") per stimare le caratteristiche dell'integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni. Il calcolo degli indicatori collegati alle variabili e una integrazione/verifica attraverso un questionario ai Presidenti regionali della CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali dei direttori di Distretto) hanno permesso di collocare le Regioni stesse in un diagramma cartesiano².

L'integrazione organizzativa è una questione che si pone primariamente all'"interno" della sanità (Foglietta, 2010) per almeno due aspetti:

- Integrazione tra le strutture di vertice delle tre macro aree;
- Integrazione verticale (coesione tra vertice strategico, *management* intermedio, strutture della linea operativa).

Nel collegarsi con il sociale è indispensabile prendere in considerazione il confronto delle normative regionali per l'integrazione socio-sanitaria, sia dirette che indirette.

L'analisi puntuale dei provvedimenti normativi regionali sull'integrazione tra sanità e sociale (AGENAS, 2012) permette di distinguere le differenze e le costanti rispetto a:

- contenuti,
- indirizzi applicativi,
- assetti istituzionali,
- strumenti di programmazione sociosanitaria,
- responsabilità di spesa,
- rapporto pubblico-privato nell'area sociosanitaria,
- fondo regionale non autosufficienza.

L'integrazione strutturale (a livello di: assessorati, strutture tecnico-amministrative, coincidenza o meno tra Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari) ed il coordinamento delle politiche sono due prime "piste" di ricerca per analizzare i modelli regionali di integrazione socio-sanitaria, ed è stata studiata (Cepiku, Marino, 2007) a partire da alcune variabili:

- livello di integrazione delle politiche sanitarie e sociali,
- rapporto politica/amministrazione,
- innovazioni gestionali,
- rapporti di sussidiarietà (orizzontali e verticali),
- rapporto con i cittadini.

L'aspetto della *governance* (Boni, 2007) non può essere dimenticato proprio per le connessioni tra pubblico e pubblico (sanità e sociale) e pubblico e privato che caratterizzano tutte le attività e le prestazioni sociosanitarie. In questo senso è necessario correlare gli strumenti di governo utilizzati (quantità e tipologia) con le forme "contrattuali" adottate per la gestione.

Con l'auspicio che possa essere attivata un'indagine specifica sull'integrazione sociale e sanitaria (svolta magari congiuntamente tra Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e Ministero della Salute), un utile contributo alla conoscenza della situazione reale nelle Regioni è dato dall'indagine sui Distretti Sanitari dell'AGENAS (AA.VV. 2011) che permette di conoscere le caratteristiche generali del distretto (contesto territoriale, dimensioni organizzative) con riferimenti diretti alla programmazione e alla integrazione sociosanitaria nel Distretto.

Alcuni testi di supporto all'indagine sono utili anche per impostare correttamente una modellizzazione dei "sistemi" regionali di integrazione sociale e sanitaria, con riferimento:

- da un lato alle interdipendenze nei sistemi sanitari (da risorse, nei processi di cura, nelle specializzazioni e nelle vocazioni, nell'acquisizione di fattori produttivi, cognitive, informative) e alla loro possibile organizzazione;
- dall'altro agli strumenti di integrazione per costruire e gestire reti nei distretti socio-sanitari (integrazione delle strategie e politiche aziendali, integrazioni operativo-organizzative, unitarietà diagnostico-assistenziale, unitarietà del percorso di fruizione).

Altri studi (Pavolini, 2007) permettono di avere quadri comparati su alcune caratteristiche dell'integrazione socio-sanitaria in diversi Servizi Sanitari Regionali, con elementi utili alla "misurazione" delle differenze:

- attori coinvolti nella programmazione,
- ruolo associazioni utenti nella programmazione,

- continuità assistenziale,
- fondo per la non autosufficienza,
- caratteristiche complessive e punti di debolezza.

LA VERIFICA OPERATIVA DELLA CLASSIFICAZIONE DEI "SISTEMI" REGIONALI DI INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Le due dimensioni generali dell'integrazione sociale e sanitaria considerate (contenuti e modalità) variano, ognuna, lungo un asse con due polarità:

Contenuti: *sistemica vs settoriale*

Modalità: *strutturale vs funzionale*

Rispetto alle possibili declinazioni dell'integrazione sociale e sanitaria (Istituzionale, Territoriale, Programmatoria, Organizzativa, Gestionale, Professionale), dalla letteratura consultata sono state individuate 16 variabili, compatibilmente con la possibilità di avere le informazioni per ogni Regione, 8 per ogni asse.

Sulla base dei due assi individua-

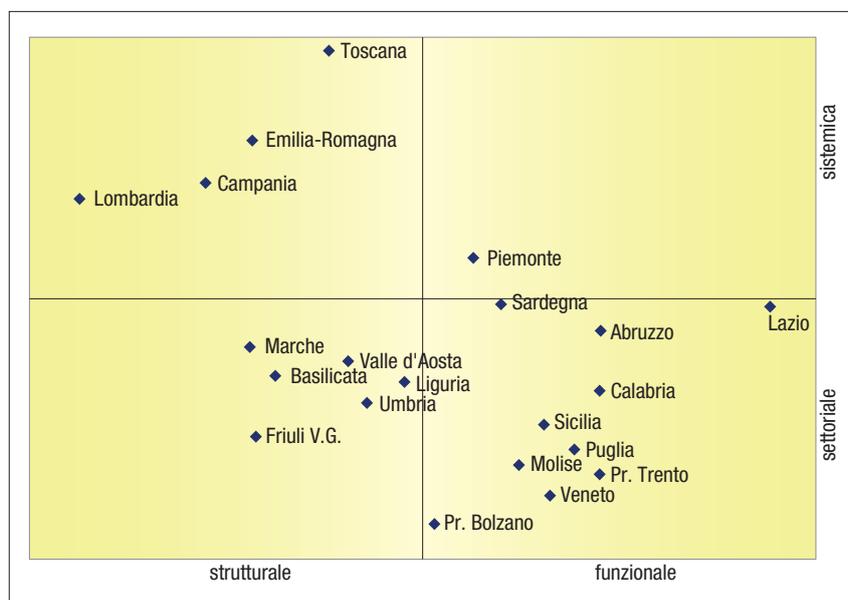
ti e della polarizzazione definita si determina un sistema di assi cartesiani in cui i quadranti delineano quattro "tipologie/classificazioni" dei modelli regionali di integrazione sociale e sanitaria.

		Modalità dell'integrazione socio-sanitaria	
		Strutturale	Funzionale
Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria	Sistemica	2° Quadrante "terza"	1° Quadrante "pura"
	Settoriale	3° Quadrante "delegata"	4° Quadrante "inquadrata"

L'applicazione del "modello" costruito, relativo alle variabili individuate e ai valori calcolati degli indicatori ha determinato la "mappa" qui sotto.

Due indicazioni generali emergono da una prima lettura:

- si conferma che non si possono identificare "modelli" regionali, ma aree "omogenee", cioè gruppi di Regioni che si trova-



"Modelli" regionali di integrazione sociale e sanitaria

no in uno stesso “quadrante” anche per “combinazioni” differenti delle variabili considerate. Le collocazioni vanno interpretate;

- si rileva come alcune Regioni hanno alcune caratteristiche tipiche di una delle categorie concettuali individuate, ma complessivamente si collocano in un altro quadrante.

Ovviamente ognuno può leggere ed interpretare la “mappa”, arricchendola con le proprie conoscenze ed esperienze; commenti preliminari, da approfondire, possono essere così sintetizzati:

- La maggior parte delle Regioni si concentra nella sezione dell’integrazione sociale e sanitaria etichettata come “inquadrata”, cioè caratterizzata da una modalità “funzionale” e da contenuti “settoriali”... i livelli più “leggeri” si colgono, rispettivamente, per il Lazio e per la Provincia di Bolzano.
- Il gruppo più “omogeneo” è quello dell’integrazione sociale e sanitaria caratterizzata da una modalità strutturale per settori (con riferimento ai contenuti), anche se probabilmente, le variabili che si è potuto utilizzare non discriminano sufficientemente le differenze tra modalità “settoriali” (17 realtà territoriali) e “sistemiche” (solo 5).
- Il settore con i contenuti più “sistematizzati” e le modalità più “strutturate” dell’integrazione sociale e sanitaria contiene quattro Regioni di cui una potrebbe apparire come collocazione “anomala” (Campania), probabilmente determinata dalle componenti normative, formali; le altre (Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia) esprimono tre “modelli” diversi di fare integrazione sociale e sanita-

ria accomunati da queste caratteristiche di “consolidamento”.

Tenendo conto dalla “scarsità” di informazioni comparabili rispetto alle molteplici dimensioni dell’integrazione sociale e sanitaria che sono state utilizzabili nella verifica operativa, potrebbe essere utile proporre un “nuovo” schema interpretativo, corretto sulla base dei dati e delle informazioni raccolte, che non stravolge la griglia precedente, ma ne rappresenta un “aggiustamento” *in itinere*:

		Modalità dell'integrazione socio-sanitaria	
		Strutturale	Funzionale
Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria	Sistemica	2° Quadrante “consolidata”	1° Quadrante “adattata”
	Settoriale	3° Quadrante “organizzata”	4° Quadrante “leggera”

Per continuare e approfondire la conoscenza di come è pensata e agita l’integrazione sociale e sanitaria nel-

le Regioni servono più informazioni, e non solo... perché, purtroppo, la situazione generale non favorisce lo studio sistematico, finalizzato al miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi integrati sociali e sanitari, e quindi bisogna augurarsi che nei prossimi anni “ci sia ancora” l’integrazione sociale e sanitaria, cioè “qualcosa” con un approccio globale alla salute, che tenga insieme le tematiche, le politiche, i servizi e le azioni.

L’obiettivo ultimo di questo contributo era, ed è, proprio quello di mantenere alta l’attenzione su una tematica complessa e delicata come quella dell’integrazione sociale e sanitaria.

1] È possibile scaricare la prima “release” della Raccomandazione con gli allegati dal sito <http://www.osservatoriosanita.it>

2] Per approfondire la metodologia utilizzata (variabili individuate, calcolo degli indicatori, pesatura e valutazione, dati disponibili...) far riferimento all’Allegato 3 – Un “modello” di classificazione dell’integrazione sociale e sanitaria nelle Regioni del Capitolo 2 della Raccomandazione.

Bibliografia

- AA.VV., Raccomandazione SIQuAS 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”, SIQuAS, Torino, 2012.
- AA.VV., *La rete dei Distretti sanitari in Italia*, in “Quaderno di Monitor”, n. 8, AGENAS, Roma, 2011.
- AGENAS., Allegati normativi sull’integrazione socio-sanitaria per la costruzione della Raccomandazione SIQuAS “La qualità della integrazione tra sanità e sociale”, 2012.
- BONI S. (a cura di), *I sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali*, Formez – Quaderno 57, 2007, Roma.
- FOGLIETTA F., *L’integrazione socio-sanitaria: ordinamenti e modelli regionali*, Edizioni Panorama della Sanità, Roma, 2010.
- CEPIKU D., MARINO A. *I modelli regionali di integrazione socio-sanitaria: un’indagine empirica*, in Rapporto CEIS – Sanità, Roma, 2007.
- PAVOLINI E., *Nuovi bisogni di salute e servizi alla persona: governance, organizzazioni, professioni e cittadini nell’integrazione socio-sanitaria*, relazione a Seminario Progetto PRIN 2007, Ancona 8 aprile 2011.
- RICCI S., *Una interpretazione di “modelli” e scenari per l’integrazione sociale e sanitaria*, Lezioni a Master in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie (MIAS), Università La Sapienza, Roma, 2011.

SOLUZIONI ABITATIVE PROTETTE PER ANZIANI

Marco Predazzi *

Buone prassi internazionali e realtà italiana

Guardare al di là dei confini nazionali aiuta a comprendere meglio i nodi del nostro Paese. Per questo motivo la rubrica "Domande all'Europa", indaga come vengono affrontati nelle altre nazioni europee dilemmi e sfide oggi cruciali per la realtà italiana, senza, ovviamente, presupporre che le risposte degli altri Paesi siano le migliori ma con la certezza che il confronto produce sempre utili stimoli.

Se la *biodiversità* rappresenta un indiscusso valore aggiunto nell'evoluzione dei sistemi ecologici, la multiforme e articolata *"sociodiversità"* delle politiche europee in tema di habitat gerontologico può essere considerata con altrettanta attenzione come lo specchio di un patrimonio culturale perennemente in evoluzione, attraversato da periodiche revisioni critiche e nuove intuizioni sperimentali, condizionato da ineluttabili contingenze economiche e demografiche e pur animato da connaturate tensioni innovative e creative.

Quello che ne emerge è un quadro complesso e articolato che, se da un lato scoraggia rigidi inquadramenti tassonomici, dall'altro tuttavia rende ragione di una visione

prospettica e di un impegno per l'innovazione che nella maggior parte dei casi sono usciti dall'ambito della mera emblematicità per diventare politica ed investimento. "Towards a society for all generations": l'indicazione culturale dell'ONU, in occasione dell'anno mondiale dell'invecchiamento nel 1999, ha segnato il punto di arrivo epocale di quella che negli anni Novanta si era andata costituendo in Europa come "cultura dell'arco di vita" e contemporaneamente rilanciandone le potenzialità propositive e progettuali come un rinnovato punto di partenza concettuale per la gerontologia sociale del nuovo millennio.

In ambito gerontologico un tema ha da sempre dominato la scena, diventando negli anni lo specchio fedele di visioni culturali e metodologie operative, una sorta di cartina al tornasole rivelatrice di concezioni ideologiche, contesti storici, situazioni demografiche, scelte di politica sociale e sanitaria: l'habitat. Intorno alle scelte sull'habitat, termine mutuato dall'etologia animale per le sue connotazioni non solo strettamente abitative, ma più in generale connesse con l'ambiente di vita e le relazioni sociali, possono essere decodificate concezioni culturali e politiche sociali succedutesi nel tempo

e nelle diverse realtà socioeconomiche del nostro continente.

Dall'autarchia auto assistenziale della famiglia multi generazionale contadina di fine Ottocento agli ospizi-caserma delle società industriali inurbate tra le due guerre, dall'evoluzione sanitarizzata delle case di riposo della geriatria illuminata degli anni Sessanta alla rigorosa e rigida codificazione degli standard strutturali ed assistenziali degli anni Ottanta, ogni scelta e tipologia operativa in materia di habitat per l'invecchiamento si mostra in tutto figlia e partecipe delle visioni culturali del tempo.

LA METODOLOGIA DELL'ARCO DI VITA ALL'ORIGINE DI UNA NUOVA VISIONE GERONTOLOGICA

Nel corso degli anni novanta l'elaborazione culturale e sperimentale del concetto globalista dell'arco di vita ha inciso nelle politiche sociali europee tre fondamentali linee-guida, sintetizzabili in altrettante parole-chiave: variabilità, plasticità, intergenerazionalità.

"Variabilità", molteplicità tipologica perché gli Anziani non sono una "categoria", una coorte di individui omogenea dai bisogni omologati, ma un intero mondo di va-

*] Fondazione "Il Melo" onlus Gallarate.

"L'ARCO DI VITA" COME PROGETTO

parametri metodologici

→	VARIABILITÀ INDIVIDUALE	<i>gli anziani non sono una "categoria"</i>
→	PLASTICITÀ EVOLUTIVA	<i>l'invecchiamento è un percorso dinamico "in progress"</i>
→	INTERGENERAZIONALITÀ	<i>"towards a society for all ages"</i>

riabili biografiche che richiede opzioni altrettanto diversificate ed articolate su cui fondare un'autentica e adeguata libertà di scelta.

"Plasticità" evolutiva perché l'invecchiamento, come insegna la cultura dell'arco di vita, è un percorso e non uno stato, un evento dinamico in progressione che richiede strategie e soluzioni di supporto perennemente adattabili, capaci di accompagnare le varie fasi dell'età in modo armonico e "protetico" e mai costrittivo o prevaricante dell'evoluzione individuale nell'*iter* esistenziale.

"Intergenerazionalità" perché la soluzione dei problemi della vecchiaia non può prescindere da una strategia di coinvolgimento globale della società nel mettere in campo le risorse della rete delle relazioni informali e di prossimità, la valorizzazione del "care-giving" familiare, le sinergie delle nuove professioni di *care* domestico, le politiche economiche e previdenziali, il tutto all'interno di una progettazione che già all'origine contempli la multigenerazionalità come risorsa e non come ostacolo.

Su queste basi le migliori e più avanzate esperienze dei Paesi nordeuropei hanno costruito politiche

che nel primo decennio del nuovo secolo hanno cominciato a delineare scenari sempre più definiti e referenziati di un nuovo modello di *welfare* gerontologico, non più incentrato sulle tradizionali strutture dell'emergenza e della terminalità, ma organicamente improntato alla realizzazione di reti intermedie di supporto e protezione, dinamicamente modulate sulle esigenze *in progress* delle diverse fasi evolutive dell'invecchiamento.

Riprendendo, a quattordici anni di distanza dallo storico *meeting* internazionale sull'*habitat* del 1999, le fila dei percorsi intrapresi nelle diverse realtà nazionali, pur in presenza di comprensibili e preventivabili differenze di intonazione culturale ed altrettanto variabili interpretazioni operative, possono essere ritrovati ed evidenziati alcuni punti fermi di grande rilevanza metodologica per un confronto con le (non) strategie delle attuali (non) scelte di un panorama italiano che nel campo dell'*habitat* gerontologico appare ancora in cerca di un'identità per un futuro prossimo che demografia ed economia annunciano sempre più problematico ed imminente.

Le osservazioni e i dati che seguono sono parte integrante della ri-

flessione condotta nel corso della recentissima ricerca "Abitare leggero", promossa dalla Fondazione per l'Housing Sociale di Fondazione Cariplo con la Cooperativa Sociale "La Meridiana" di Monza e il coinvolgimento di realtà territoriali, studiosi ed esperti della gerontologia lombarda con la direzione di Fabrizio Giunco, un percorso che ha permesso di estrapolare dall'analisi il più possibile tassonomica delle più avanzate esperienze europee alcuni *concept* metodologici che appaiono particolarmente rilevanti in relazione dialettica con la situazione italiana.

LO STATO DELL'ARTE IN EUROPA

Le politiche per l'*habitat* gerontologico adottate nei diversi Paesi europei possono essere tassonomicamente ricondotte ad alcune macroaree: singoli alloggi, di edilizia pubblica o privata, divenuti oggetto di specifici interventi di adeguamento; appartamenti sempre di tipo individuale che per scelta funzionale o per motivazioni sociali si presentano "accorpati" in soluzioni residenziali di prossimità più complesse e organizzate; soluzioni abitative con servizi di protezione a vario livello realizzate sulla base di strategie operative diverse e con diversa intensità assistenziale; micro comunità organizzate su principi di *co-housing* su base motivazionale o assistenziale; residenze comunitarie di media e grande dimensione a vario grado di sanitizzazione.

Nei modelli operativi delle migliori e più avanzate esperienze europee "molteplicità" e libertà di scelta, "plasticità" e adattabilità dinamica, "intergenerazionalità" nella progettazione si ritrovano effi-

cacemente applicate a interagire, offrendo un panorama culturale ed operativo da cui è possibile estrapolare un ulteriore contributo metodologico con l'identificazione di alcuni punti fermi di grande rilevanza strategica.

Il primo, in tema di possibilità di scelta e di libertà individuale, è il concetto di "ventaglio", l'"eventail", parola d'ordine del Congresso di Nantes del 1999: "à chaqun sa vieillesse", l'impegno a garantire alla popolazione senescente la possibilità di scelta tipologica più ampia possibile tra soluzioni abitative ed opzioni di protezione in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali.

Sotto questo profilo apparentemente caotico e "disordinato" il panorama europeo esprime in realtà un patrimonio straordinario di creatività operativa e adattabilità all'ambiente e alle culture locali, un quadro che disorienta tassonomisti e burocrati, ma che rappresenta un vero e proprio inno alla "biodiversità" dei sistemi sociali umani.

Il secondo elemento che emerge con grande evidenza, in particolare dalle politiche sociali di successo dei Paesi del Nord Europa, è quello che si potrebbe definire "habitat-pad", l'habitat come "piattaforma", un concetto vincente per il buon esito delle diverse forme e strategie di home care, la cui efficacia sembra fortemente correlata con l'esistenza appunto di uno scheletro strutturale e abitativo su cui appoggiare ed articolare i servizi.

L'esistenza di una rete strutturata ed articolata delle soluzioni abitative intermedie rappresenta la condizione necessaria al fine di poter "appoggiare" efficacemente i progetti di home care su un terreno strutturale adeguatamente attrezzato per fare da supporto alle azio-

"L'EVENTAIL"

"A' chaqun sa vieillesse": offrire la scelta tipologica più ampia possibile tra soluzioni abitative e di "protezione" in armonia con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali

HABITAT PAD

"Appoggiare" il progetto di Home care sulla piattaforma strutturale di soluzioni abitative intermedie adeguatamente attrezzate per fare da supporto alle azioni propriamente assistenziali e di protezione

LIFESPAN

Adeguare alloggi e supporti sanitari alla persona nella sua abitazione invece di costringerla alle migrazioni attraverso strutture a diverso grado di intensità assistenziale

ARCHITETTURA GLOBALE

Sostenere la pluralità tipologica delle soluzioni abitative protette con riguardo ad inserimento urbano-ambientale e dimensione intergenerazionale

LA RETE

Valorizzare le risorse della rete informale delle relazioni familiari e sociali, le sinergie di prossimità, le economie di scala e le risorse della società civile come elementi essenziali del welfare

I pilastri dell'habitat protetto

ni più propriamente assistenziali e di protezione.

Il terzo concetto, l'interpretazione operativa di una concezione "lifespans", appare nelle sue applicazioni radicali tanto lapalissiano quanto culturalmente rivoluzionario: adeguare alloggi e supporti socio-sanitari alla persona nella sua abitazione invece di costringerla a migrazioni forzate attraverso strutture a diversa intensità assistenziale: l'auspicata "plasticità evolutiva" fatta sistema. Confrontare l'adattabilità e dinamicità di questo principio osservandone le applicazioni "in opera" del modello olandese e scandinavo con la rigidità bizantina e fiscale delle classificazioni autorizzative italiane dà la misura di quanto questo principio, di per sé semplice e condivisibile, rappresenti in realtà una vera e propria rivoluzione metodologica del sistema di welfare, deformalizzato e affidato alle comunità locali il primo, ipercodificato e centralizzato il secondo.

Un ulteriore elemento, il quarto, emergente con sempre maggiore chiarezza dal panorama europeo degli ultimi anni è l'affermarsi progressivo di quella che potrebbe essere definita un'"architettura globale", l'adozione di un orizzonte multigenerazionale nella progettazione abitativa sociale. Un "social housing" che non è più semplicemente circoscritto all'emergenza abitativa e alla realizzazione di "case popolari" e neppure limitato alla mera realizzazione dei classici "minialloggi per anziani", ma appare lanciato verso una progettazione globale di spazi di socialità, servizi e protezione in cui la multigenerazionalità e l'integrazione urbana rappresentano gli elementi fondanti.

Un ultimo "punto fermo" strategico delle buone pratiche europee è il "network" operativo, il lavoro in rete applicato sul campo e non semplicemente enunciato come principio. L'integrazione reale delle risorse delle reti informali e del-

le risorse strutturali, la convergenza sull'obiettivo delle competenze pubbliche, *non profit* e private, le sinergie di prossimità e le economie di scala nelle politiche sociali di successo sono tutti elementi coesi in un *continuum* inestricabile che è il vero segreto dell'efficacia operativa e della sostenibilità economica dei sistemi che oggi appaiono più evoluti.

IL TREND EUROPEO: VERSO UNA "DOMICILIARITÀ GLOBALE"

Il quadro programmatico delle diverse politiche nazionali appare allo stato attuale soggetto a notevoli variazioni nei diversi Paesi, in base al diverso peso degli investimenti economici, che variano dallo 0,09% del Pil greco al 2,33% del Pil svedese, ma soprattutto in relazione alla prevalenza data alle soluzioni di ricovero istituzionale piuttosto che alle strategie di *home care*. L'analisi della ripartizione tra queste due modalità di intervento ad un primo sguardo appare sconcertante in quanto paradossalmente mostra la più alta percentuale di persone assistite in residenze istituzionali proprio nei Paesi a più alto investimento domiciliare.

Questo dato, se da un lato sembrerebbe rappresentare il fallimento del ruolo preventivo dell'istituzionalizzazione da parte dell'*home care*, dall'altro appare più comprensibile alla luce del fatto che nella maggior parte delle realtà nazionali le residenze semplicemente socio-assistenziali superano per posti-letto le istituzioni di ricovero sanitarizzate e che quindi ancora una volta le soluzioni abitative "leggere" giocano un ruolo importante nello spazio intermedio

di protezione tra domicilio privato e residenze propriamente a carattere sanitario, destinate eminentemente ai percorsi di fine vita.

Come si è già avuto modo di osservare, residenze protette intermedie ed *home care* non devono essere intesi come domini contrapposti, ma piuttosto come supporti sinergici per la realizzazione di un sistema integrato il più possibile adattabile alla complessità e variabilità delle domande.

La percentuale di persone over 65 che ricevono cure domiciliari di lungo termine traccia una chiara linea di separazione tra il Nord dell'Europa, con punte oltre il 20% della popolazione anziana in Danimarca, Olanda, Islanda e i Paesi nordici in generale sopra il 10% e l'area-sud, sotto la media europea del 7-8% nel 2009 con un dato italiano stimato intorno al 3% (dati della *Conference on Healthy and Dignified Ageing* di quell'anno). Questa radicale differenza corrisponde

alla reale demarcazione tra le politiche di medio-lungo termine adottate dai Paesi del Nord Europa che hanno adottato da molto tempo linee-guida progettuali strategiche per l'invecchiamento demografico e nazioni con sistemi legati alla risposta immediata all'emergenza senza ancora un'elaborazione prospettica precisa per il prossimo futuro del loro *welfare*.

In questo modo la Finlandia, mantenendo e potenziando i propri servizi di *home care*, attestati intorno al 10,7% di una popolazione anziana sempre in crescita, ha ridotto l'istituzionalizzazione degli anziani dal 6,2% del 1995 al 2,5% del 2010; meglio ha fatto la Danimarca che dal 1987 al 1996 ha ridotto i posti letto istituzionali da cinquantamila a trentaseimila unità, portate poi nei dieci anni successivi, nel 2006 a ventiseimila unità, a fronte di una residenzialità sociale passata a cinquantatremila unità, il tutto mentre in Italia l'*home care* (1999-

IL "CASO" FINLANDIA

1995 = Anziani istituzionalizzati 6,2%

2010 = Anziani istituzionalizzati 2,5%

A fronte di soluzioni territoriali di HOME_CARE al 10,7%

IL "CASO" DANIMARCA

1987 Posti letto in "social retirement houses" 50.000

2006 Posti letto in "social retirement houses" 26.500

A fronte di	53.500
in sheltered housing	3.000
Extra care housing	46.000
Cohousing	4.500

IL "CASO" BELGIO

	Ricorso a cure mediche	Fruizione di Aide à domicile
Région Bruxelles –Capitale	17 %	13%
Région Wallonne	7,5%	24%
Région Flamande	8 %	30%

IL "CASO" ITALIA

1999 = Anziani 18% U E 15,6% HOME CARE 3% UE ≈ 8,2 %
CDR - RSA 2,7 % UE ≈ 5,5 %

Pressoché totale assenza di supporti abitativi intermedi per l'home-care

2009 = Anziani 20,3% U E 17,4% HOME CARE 3,2% UE ≈ 8,2 %
CDR - RSA 3 % UE ≈ 5,5 %

Permane assoluta sporadicità di supporti abitativi intermedi per l'home-care

2009) passava dal 3 al 3,2% e i ricoveri in istituto dal 2,7 al 3%.

Una circoscritta sottoanalisi della realtà belga mostra un piccolo ma significativo dato sulle potenzialità di queste politiche di protezione territoriale: nella regione fiamminga, dove la funzione dei servizi di supporto domiciliare raggiunge quote del 30%, il ricorso a cure mediche è stimato intorno all'8%, contro un 17% dell'area Bruxelles dove l'*home care* non supera il 13%.

Se dunque esiste in Europa un *trend* virtuoso da considerare come riferimento positivo per le necessarie politiche del futuro è quello dell'investimento sulla "domiciliarità globale", un termine che nel-

le realtà evolute non comprende solo servizi, ma sostanziose politiche di *housing sociale* e reti operative a forte integrazione di competenze.

IL "CASO ITALIA"

Come è noto l'Italia è oggi il Paese europeo, insieme alla Germania con il più alto tasso di invecchiamento, il che equivale ad esserlo nel mondo, affiancati dal Giappone, l'unica nazione le cui proiezioni superano le nostre verso il 2050, anno che contemporaneamente coinciderà per il nostro Paese con una situazione demografica in cui la popolazione attiva raggiungerà l'equivalenza con la coorte dei

pensionati e degli *under 14* a carico delle famiglie, con una percentuale elevatissima di *over 85* con tassi di invalidità e dipendenza stimati intorno al 40%.

In questo contesto non solo l'Italia è il Paese che nell'Europa dei 15 ha all'attivo una tra le percentuali più basse di anziani assistiti in istituzione e a domicilio, seguito solo da Spagna, Portogallo e Grecia, ma, quel che è peggio, non sembra al momento aver evidenziato per il futuro alcuna strategia nazionale in proposito, una di quelle linee-guida che la maggior parte dei Paesi europei sembra aver adottato da almeno un decennio.

I dati Istat più attuali documentano un 4,9% di diffusione dei servizi domiciliari contro una media europea arrivata al 13% nelle stime più recenti e un 3% di residenzialità istituzionale contro valori europei del 6-8%, a fronte di un trasferimento monetario diretto, attraverso le indennità di "accompagnamento" decisamente più alte dei partner europei, con un divario tutto nazionale tra un Nord più ricco di servizi con minore ricorso alle pensioni e un Sud poco servito e molto "accompagnato".

Ad una palese carenza di programmazione di medio e lungo termine si aggiunge una peculiare rigidità dei sistemi autorizzativi e di accreditamento che, pur con alcune variabili regionali, rende estremamente difficile la sperimentazione di nuovi modelli e l'adozione di politiche innovative per l'abitare protetto della popolazione senescente, per cui la presenza di supporti abitativi intermedi per l'*home care* di cui si è evidenziata la grande importanza strategica, rimane un evento tuttora sporadico sul territorio.

Nel decennio 1999-2009 la per-

centuale di persone anziane è passata in Italia dal 18 al 20,3% a fronte di un incremento dello 0,3% della recettività residenziale e una sostanziale stabilità di un *home care* che per giunta soffre tuttora di una sostanziale latitanza di quella rete abitativa protetta che come si è evidenziato in precedenza rappresenta l'elemento chiave del successo delle migliori politiche territoriali europee.

Prima che stanziamenti e moltiplicazioni acritiche di posti-letto, servono oggi linee programmatiche per il medio e lungo termine, adeguatamente preparati da una seria riflessione strategica, fondata su esperienze e *good practices* documentate; sperimentazioni validate di modelli innovativi; agevolate da una sostanziale de-burocratizzazione degli attuali assurdi criteri di accreditamento; sostegno all'*housing* sociale, riqualificato e premiato sulla base della reale cifra sociale della progettazione; decentramento amministrativo, restituendo agli Enti Lo-

cali quelle responsabilità autorizzative e di vigilanza che hanno fatto la fortuna dei sistemi più evoluti del Nord Europa.

Anche in Italia, e in Lombardia in particolare, stretti nella morsa del trend demografico e della crisi delle risorse, l'*housing* sociale con servizi di protezione intermedia sta lentamente, ma progressiva-

mente, emergendo dal limbo della sperimentazione emblematica per guadagnare sempre più attenzione e credito presso una programmazione istituzionale la cui diffidenza sull'argomento ha accumulato anni di ritardo sui processi di revisione di un sistema di *welfare* sempre meno efficiente e alla lunga insostenibile. È tempo di nuovi modelli culturali e percorsi progettuali e che la sperimentazione sociale, opportunamente sostenuta e validata, e con essa il Terzo Settore che come sempre ne è interprete e promotore, siano messi in condizione di costituire un laboratorio permanente a fianco del Programmatore di sistema e non più un semplice incomodo classificativo. Per convinzione culturale o per necessità storica anche per il nostro Paese è arrivato il momento tipico della programmazione strategica: sta alla capacità interattiva di questa diade territorio-istituzione rendere questo momento un'occasione di crescita sociale e di rinnovamento progettuale piuttosto che una fase mortificante di involuzione e restrizioni.

PERCORSI IMPRESCINDIBILI PER UN'EFFICACE POLITICA DELL'INVECCHIAMENTO NEL CONTESTO ITALIANO

- **RIFLESSIONE STRATEGICA** EVIDENCE BASED
- **PROGRAMMAZIONE** A MEDIO-LUNGO TERMINE
- **SPERIMENTAZIONE-VALIDAZIONE** DI MODELLI INNOVATIVI
- **DEBUROCRATIZZAZIONE** DEGLI ACCREDITAMENTI
- **DECENTRAMENTO** AMMINISTRATIVO E AUTORIZZATIVO
- **RIQUALIFICAZIONE** DELL'*HOUSING* SOCIALE



L'ASSISTENZA DOMICILIARE, QUESTA (S)CONOSCIUTA

Sara Barsanti *, Silvia Giovanelli **

L'identificazione di indicatori e il loro inserimento nei sistemi di valutazione determina un incremento della qualità e una miglior programmazione dei servizi

LE PAROLE CHE (NON) GIRANO INTORNO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE: VALUTAZIONE E QUALITÀ VERSUS DEFINIZIONE ED ETEROGENEITÀ

In Italia se da una parte la valutazione delle *performance* dei sistemi sanitari si sta sempre più diffondendo quale modalità di lavoro e miglioramento dei risultati in alcune Regioni,

dall'altra si osserva una quasi totale mancanza di meccanismi di valutazione delle prestazioni sociosanitarie ed in particolare dell'Assistenza Domiciliare (AD). Nei rapporti di ricerca elaborati a livello nazionale [1-2] relativi all'AD l'analisi si riferisce principalmente alla mappatura dei servizi offerti, con dati relativi quasi esclusivamente alla copertura territoriale dei diversi servizi. La materia è resa complessa dalla eterogeneità nell'organizzazione dell'as-

sistenza stessa; si pensi ad esempio alla presenza di diverse tipologie di servizi, alla difficoltà di configurazione del servizio rispetto alla casistica, nonché a modalità di attivazione diverse tra Regioni e all'interno delle Regioni stesse.

A testimonianza della ancora non certa definizione dei confini di AD, si riporta la percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (≥ 65

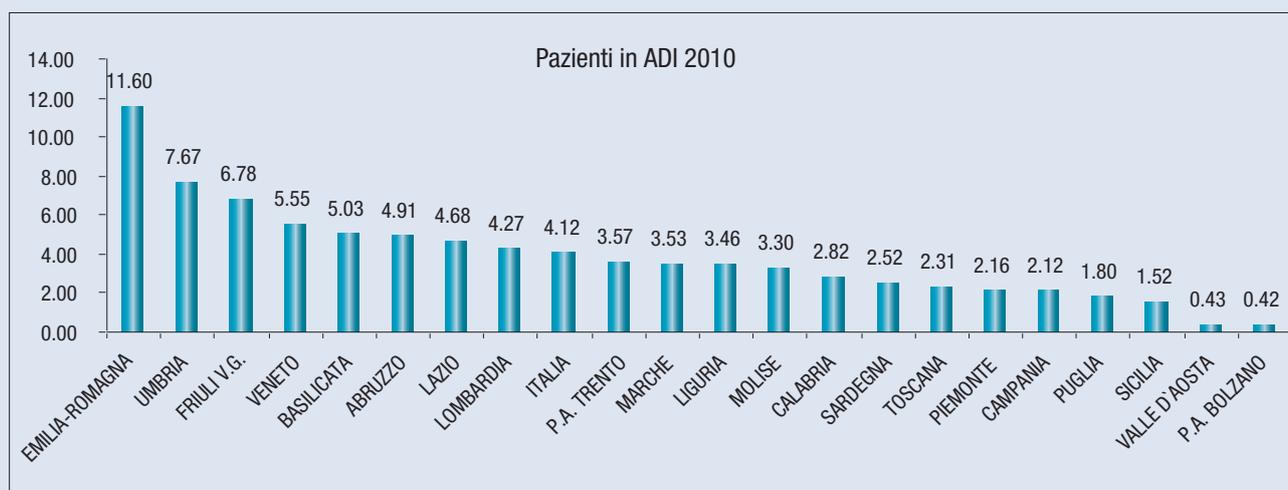


Figura 1 – Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (≥ 65 anni), per Regione – Anno 2010, Ministero della Salute

* Assegnista di ricerca al Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Si occupa dal 2005 di temi quali la valutazione della *performance* in sanità, con particolare riferimento all'assistenza territoriale e all'equità di accesso nei sistemi sanitari.

** Coordinatrice territoriale area anziani presso la cooperativa sociale Domus Assistenza di Modena.

anni), per Regione per l'anno 2010. Se la percentuale media di anziani in ADI è di circa il 4%, si registrano Regioni in cui tale percentuale è quasi il triplo (Emilia-Romagna con 11,60%) e Regioni in cui la percentuale è esigua, quasi pari a zero (Toscana con 2,31% ad esempio o Valle d'Aosta con 0,43%). Tale variabilità, che non dipende certo dai bisogni di salute differenti della

popolazione, è dovuta davvero ad una reale differenza della copertura del servizio? Oppure a problematiche di registrazione del servizio nei flussi amministrativi? O ancora ad una diversa interpretazione e definizione dell'ADI da parte delle Regioni? L'obiettivo del seguente articolo è identificare possibili dimensioni e indicatori di valutazione della qualità dell'AD rica-

vabili principalmente da flussi correnti, partendo dall'esperienza Toscana di valutazione della *performance* sanitaria.

L'AD IN REGIONE TOSCANA: (IM)POSSIBILI INDICATORI DI PERFORMANCE

In tale contesto, già a partire dal 2008 sono stati inseriti indicato-

Dimensione di valutazione	Indicatori e significato	Regione Toscana
1. Qual è la copertura e l'offerta dei servizi di AD?	Tasso di segnalazioni di bisogno sulla popolazione maggiore di 65 anni, proxy del bisogno nella popolazione di servizi di assistenza domiciliare e residenziale.	In media per ogni 1.000 residenti si registrano 82 segnalazioni nel corso del 2012.
	Tasso di persone sopra i 65 anni in AD sulla popolazione maggiore di 65 anni, che misura la copertura del servizio e può essere facilmente confrontato anche a livello nazionale.	Mediamente ogni 100 anziani ne sono presi in carico in AD circa 8 nel corso del 2012.
2. Qual è la complessità e l'intensità dell'intervento in AD?	Numero medio di operatori di tipologia diversa (mmg, infermiere, medico specialista...) per persona in AD, quale proxy della complessità dell'intervento.	Nel 2012, ogni persona in carico viene assistito da una sola tipologia di operatore e riceve una visita una volta al mese se il bisogno è sanitario e 1,5 volte se il bisogno è sociosanitario.
	Numero medio di accessi in AD per persona in carico nell'anno, quale proxy del bisogno assistenziale e quindi intensità del caso.	
3. Quali sono i tempi di attesa per l'erogazione del servizio?	Percentuale di erogazioni in AD avvenute entro i termini previsti, che indaga il rispetto delle tempistiche di erogazione previste dalla normativa regionale.	Nel 2012, circa il 60% delle erogazioni di AD per bisogno sociosanitario è avvenuto entro 30gg dalla definizione del piano di assistenza programmato.
	Tempo medio di erogazione della prestazione AD, quali proxy della tempestività dell'erogazione.	
4. Quali sono gli <i>outcome</i> dei pazienti durante l'erogazione dell'AD?	Tasso di ospedalizzazione per pazienti anziani in AD durante i cicli di AD su residenti anziani, che misura indirettamente l'efficacia dell'assistenza domiciliare.	Nel 2011, su 6.000 anziani trattati in AD, 2900 hanno subito un ricovero ospedaliero nell'anno, di cui 1.030 sono stati ricoverati durante il periodo di erogazione di AD. Le principali diagnosi riguardano l'insufficienza respiratoria o broncopneumite per il 14% dei casi, insufficienza cardiaca o scompenso per il 5%.
	Casistica dei ricoveri di pazienti anziani in AD che hanno avuto un ricovero durante i cicli di erogazione, che misura l'appropriatezza ed efficacia dell'AD.	
5. Qual è il livello di soddisfazione degli utenti in AD?	Attraverso indagini di soddisfazione è possibile rilevare indicatori che indagano la sfera di qualità in rapporto alle esigenze e esperienza dei pazienti stessi(o familiari); tali indicatori sono fondamentali per una migliore qualità clinica ed efficacia delle cure stesse.	Nel 2009 si dichiarava molto o pienamente soddisfatto circa il 93% degli utenti che avevano ricevuto AD; il 41% dichiarava di non sapere chi fosse il responsabile dell'assistenza ricevuta tra le diverse figure e il 35% lamentava poi l'eccessivo <i>turnover</i> .
6. Qual è la continuità di assistenza tra ospedale e cure territoriali?	Percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 gg; tali ricoveri possono essere il sintomo di così detti ricoveri sociali, ovvero di situazioni in cui il territorio potrebbe non essere pronto ad accogliere.	Si registrano nel 2011 una percentuale di ricoveri oltre 30gg pari all'0,88% e un tasso di dimissione con richiesta di attivazione ADI pari a 133 ogni 100.000 residenti.
	Tasso di dimissioni con richiesta di attivazione di ADI ogni 100.000 residenti, che può misurare indirettamente quando l'ospedale è attivo nella segnalazione di tale bisogno e il livello di continuità dell'assistenza.	

Tabella 1 – Possibili dimensioni e indicatori di valutazione per l'assistenza domiciliare in Toscana

ri di valutazione delle *performance* per la sanità toscana riguardanti l'attività domiciliare e la continuità tra ospedale e territorio al fine di un monitoraggio continuo e sempre più completo anche su tale attività.

Il sistema di valutazione della *performance*, già implementato in tutte le Asl e Aziende Ospedaliere Universitarie della Toscana a partire dal 2005, è stato sviluppato dal 2008 anche per le zone-distretto, focalizzandosi sulle *performance* della medicina territoriale. Ad oggi il sistema conta circa 50 indicatori di sintesi che analizzano le *performance* dei distretti secondo diverse dimensioni di valutazione: la capacità di perseguimento delle strategie regionali, la parte socio-sanitaria, la soddisfazione dei cittadini e dei dipendenti, la gestione economico-finanziaria ed efficien-

za operativa [4]. Tra gli indicatori a livello di distretto si collocano ad esempio i tassi di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali, gli indicatori di soddisfazione degli utenti sui servizi distrettuali, gli indicatori sugli stili di vita della popolazione. Nella tabella si riportano brevemente alcune possibili dimensioni di analisi per l'AD, i relativi indicatori per la valutazione dell'assistenza domiciliare utilizzati in Toscana ed alcuni risultati quantitativi.

In particolare gli indicatori delle dimensioni 1-2-3 sono stati inseriti nel sistema di valutazione delle AUSL e zone-distretto toscane a partire dal 2011, quelli della dimensione 5 solo nel 2009, mentre gli indicatori relativi alla percentuale di ricoveri con degenza superiore a 30 gg. e al tasso di dimissioni con richiesta di attivazio-

ne di ADI ogni 100.000 residenti, sono stati inseriti sia nel sistema di valutazione e sia come indicatori incentivati delle direzioni generali delle Asl della Toscana a partire dal 2009. Nel corso del triennio 2009-2011 entrambi gli indicatori hanno mostrato discreti miglioramenti in termini di *performance*: il primo è passato da una percentuale di 1,03 nel 2009 a 0,88 nel 2011, mentre il secondo è passato da 18 dimissioni ogni 100.000 con richiesta di segnalazioni a circa 133 [5].

Gli indicatori e i primi risultati della dimensione 4 dedicata ai possibili *outcome* sono tuttora in fase di discussione e validazione tra i professionisti. Considerando il percorso sociosanitario, nel 2012 circa il 78% delle segnalazioni agli sportelli ed uffici dedicati ha avuto una presa in carico, e quindi una

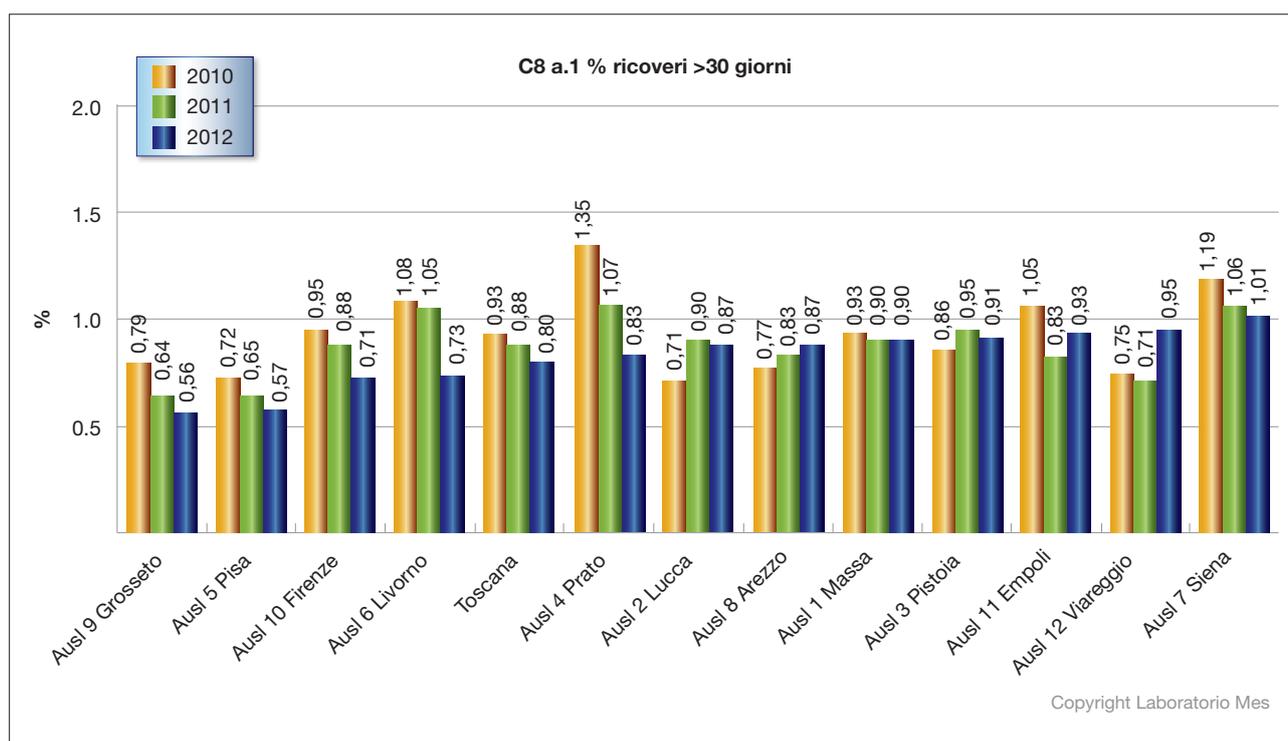


Figura 2 – Percentuale di ricoveri con degenza maggiori di 30 giorni per Asl di residenza, trend 2010-2012

valutazione all'UVM, entro i 30gg stabiliti e la maggioranza delle zone-distretto ha riportato buone *performance*, con una percentuale sopra il 60%. Se si guardano poi le erogazioni di assistenza domiciliare (AD) entro 30 giorni dalla presa in carico, circa il 60% viene erogato nei termini previsti. Circa l'8% della popolazione anziana toscana è inserita in programmi di assistenza domiciliare sia sociosanitaria che sanitaria, ovvero ha avuto almeno una erogazione di AD. La validità e correttezza di tali indicatori (ed in particolare di quelli legati a flussi amministrativi non ospedalieri) dipende certamente dalla qualità di compilazione dei dati all'interno dei flussi amministrativi legati alla materia: tali flussi, non è certo una novità, troppo spesso sono stati implementati in ritardo rispetto ai flussi madre quali la scheda di dimissione ospedaliera e registrano per alcune AUSL toscane scarse *performance* in termini di completezza delle informazioni. Risulta infatti necessario per tali servizi superare la logica di indicatori che valutano la sola copertura dei servizi sulla popolazione misurando non solo quanto si offre, ma anche cosa e come, monitorando la qualità dell'offerta e la rispondenza dell'offerta alla domanda [3].

QUAL È IL LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI IN AD?

Oltre ad indicatori sulla copertura e appropriatezza dei servizi di AD, sono stati inseriti anche indicatori relativi alla qualità del servizio secondo quanto espresso dagli utenti stessi tramite i risultati di un'indagine di soddisfazione svolta in Toscana che ha con-

siderato 2.342 interviste telefoniche a pazienti che hanno usufruito di servizi sanitari a domicilio. Riguardo ai principali risultati [6], il 95% dei pazienti ha ricevuto assistenza a domicilio per più di 3 mesi, richiesta il 63% delle volte da parte del Medico di medicina generale (MMG), spesso a seguito di una dimissione ospedaliera (60% delle interviste). Il servizio è stato attivato entro 2-3 giorni per il 64% dei casi (con una punta di attesa di più di una settimana per il 19%). La figura più frequente a domicilio è risultata l'infermiere (70% dei casi), seguita dal MMG (14%). Il personale accede al domicilio meno di una volta la settimana nel 23% delle risposte, una volta nel 18%, due volte nel 28%. Le principali tipologie di prestazioni riguardano medicazioni (28%), prelievi (23%), e cateteri urinari (12%). Nel 74% dei casi i pazienti hanno avuto bisogno di ausili e presidi a domicilio, ricevendoli entro una settimana però solo per il 61% dei casi. I pazienti possono inoltre contattare i professionisti (es. infermieri) in caso di bisogno, considerano che vi sia adeguata comunicazione tra i diversi operatori (76%), ricevono informazioni chiare (84%), si sentono molto ascoltati (80%), mai sottoposti a cure senza il proprio consenso (97%) e ritengono il personale molto gentile (71%), professionale (67%), coordinato (70%), anche se nel 41% dei casi non sanno chi sia effettivamente il responsabile complessivo tra le diverse figure. Malgrado alcune lamentele per l'eccessivo turnover o la mancanza di appuntamenti con il personale (35% dei casi), per il coinvolgimento parziale del MMG, per alcuni aspetti burocratici, per qualche difficol-

tà assistenziale nei week-end, per la mancata fornitura gratuita di alcune risorse (es. crema per piaghe da decubito), il servizio è stato valutato ottimo nel 63% dei casi, buono in un ulteriore 31%. Sebbene il dato sia decisamente positivo, occorre segnalare come al decrescere del livello di studio, aumenti il livello di soddisfazione per il servizio: ciò è sintomatico di una potenziale asimmetria informativa a sfavore dei cittadini meno istruiti, di cui le Aziende sanitarie dovrebbero tenere conto allo scopo di prevenire potenziali disuguaglianze.

CONCLUSIONI: DA SCONOSCIUTA A CONOSCIUTA

Tale set di indicatori non è certo esaustivo, ma può essere considerato un punto di partenza per il confronto *inter* e *intra* aziendale di una materia ancora troppo sconosciuta a livello di *governance* quale l'assistenza domiciliare. L'identificazione di indicatori e l'inserimento degli stessi nei sistemi di valutazione e, quindi il circolare tra i decisori ed utilizzatori delle informazioni quantitative, può determinare un incremento della qualità e una miglior programmazione dei servizi stessi attraverso un approccio *evidence based*, attualmente poco sfruttato nella pianificazione dei servizi più prossimi alla persona, come quelli sociosanitari. Inoltre la diffusione di tali dati favorisce una migliore gestione e compilazione dei flussi informativi correnti dedicati alla materia. È forse con la diffusione di evidenze quantitative sulle varie dimensioni di analisi che concetti spesso meno dibattuti sui tavoli politici e decisionali possono diventare da scon-

sciuti a conosciuti. *In primis* l'assistenza domiciliare, se si vuole davvero razionalizzare il sistema sanitario italiano tramite una maggior appropriatezza delle cure ospedaliere (si parla forse di AD nel Decreto Balduzzi? O nel decreto della spending review?). Il sistema sanitario sta facendo molto in merito, si veda ad esempio il set di indicatori proposto per il monitoraggio dell'ADI: ma ciò non può prescindere da una più netta condivisione dei criteri di identificazione e registrazione di servizi di assistenza domiciliare, che spesso soggiacciono a logiche di sistema informative, piuttosto che di *governance*.

Riferimenti bibliografici

[1] MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Secondo Rapporto sulla non autosufficienza 2011*, a cura di Angelo Lino Del Favero, novembre 2011.

[2] MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Report sul sistema di regolazione dell'assistenza domiciliare integrata nelle regioni del Mezzogiorno*, 2008.

[3] BARSANTI S., GIOVANELLI S., *L'assistenza domiciliare, questa sconosciuta*. Paper presentato al Convegno CARD "Home Care e distretti. L'assistenza e la cura integrata nei distretti italiani", Roma, maggio 2013.

[3] BARSANTI S., NUTI S. (a cura di), *La valutazione della performance delle Società della Salute/zone-distretto del sistema sociosanitario toscano*, Report 2011, Edizioni ETS, 2011.

[4] www.performance.sssup.it

[5] BARSANTI S. *et al.*, *L'Assistenza domiciliare in Regione Toscana: il ruolo del paziente*, paper presentato al 9° congresso nazionale CARD, Roma, maggio 2011.

LA SPERIMENTAZIONE DEL NUOVO MODELLO LOMBARDO DELL'ADI

Silvano Casazza *

*Un'esperienza di omogeneizzazione
e standardizzazione in Lombardia,
adottabile su tutto il territorio nazionale?*

SCENARIO

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) costituisce un "livello essenziale di assistenza sanitaria (Lea)". La definizione di Lea presuppone che tutte le prestazioni in essi rientranti siano garantite in modo omogeneo ed equo su tutto il territorio nazionale. Questo, in realtà, sembra non essere il caso dell'assistenza domiciliare integrata, dove persistono ancora modelli organizzativi e modalità di erogazione diversi tra Regioni e tra ASL con l'esito di una erogazione di prestazioni quantitativamente e qualitativamente differenziate in relazione al territorio.

Centrando l'attenzione sulle differenze tra Regioni, significative informazioni emergono dall'analisi di alcuni indicatori tratti da dati istituzionali (Annuario statistico del SSN – anno 2010) e da recenti ricerche (La presa in carico degli an-

ziani non autosufficienti, 10° Suppl. n. 30 Monitor, 2012).

In Italia, nel corso del 2010 sono stati assistiti a domicilio 597.151 pazienti. La media del n. di casi assistiti per 100.000 abitanti è stata pari a 990 (range tra diverse Regioni: 141-2.867). Il n. medio di anziani assistiti per 1.000 residenti anziani è risultato essere 41,1 (range tra diverse Regioni: 4,2-116).

Inoltre, sul piano operativo, analizzando i dati relativi a realtà di tre Regioni (Lombardia, Veneto, Toscana) emerge, ad esempio, che, relativamente alla modalità di attivazione dell'ADI, in Lombardia è prevalente l'attivazione da parte della "rete utente" (Medico di Medicina Generale + famiglia che si rivolge al Medico stesso); in Veneto la parte pubblica indirizza e controlla la scelta; in Toscana, la componente sociale è particolarmente attiva nella promozione del servizio.

*] Medico, lavora alla ASL Milano 2 (un ambito territoriale con "giurisdizione" su 53 Comuni), dove è Direttore del Dipartimento per le Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI). Da anni si occupa di programmazione dei servizi socio sanitari. È autore di alcune pubblicazioni su queste tematiche, tra cui un volume sulla *partnership* tra pubblico e privato nell'assistenza domiciliare.

		ASSENTE o LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1	morbilità	nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente	la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona	la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave
		0	1	2	2
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE – PARENTERALE
		0	0	1	2
3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina,..)	ALLETTATO
		0	0	1	2
5	igiene personale	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere/segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio,...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali	POCO ADEGUATA affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA non è offerta alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

TOTALE PUNTEGGIO(se **uguale o superiore a 2**, è necessaria la valutazione di secondo livello)**0****LA VALUTAZIONE DI PRIMO LIVELLO: IL TRIAGE**

Il Triage comprende anche la rilevazione del bisogno contestualizzata all'ambiente di vita della persona

Riguardo al focus sulle ASL lombarde, elementi di riflessione si evidenziano dall'analisi effettuata nel 2011 da Regione Lombardia sulle modalità di erogazione dell'ADI, da cui è emerso come il model-

lo in atto presentasse alcune variabilità, quali:

- la valutazione del bisogno degli utenti, effettuata utilizzando scale diverse;
- le figure professionali coinvolte

nelle singole fasi che compongono il processo dell'ADI, variabili tra le diverse ASL;

- i modelli organizzativi che operavano nelle diverse fasi del processo ADI, differenti tra le diverse ASL;

- le prestazioni erogate, non omogenee a livello regionale.

Queste analisi hanno spinto Regione Lombardia, nel corso del 2012, ad avviare su tutto il territorio la sperimentazione di un nuovo modello di ADI, all'interno di un più generale approccio ai bisogni che ha spostato l'attenzione dall'offerta alla domanda, dall'erogatore all'assistito.

Occorre rimarcare che in Lombardia l'ADI viene assicurata attraverso lo strumento del *voucher*, assegnato dalla ASL all'assistito, una modalità in atto dal luglio 2003 (con correttivi introdotti nel corso degli anni in relazione al mutare dei bisogni).

DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA

Nel corso del 2012 Regione Lombardia è intervenuta con alcuni at-

ti di riforma del modello regionale di erogazione dell'ADI. Gli interventi hanno portato alla definizione di un modello, così sintetizzabile nei suoi principali elementi (fattori) costitutivi.

Fattori strutturali (le tre "A": autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale):

- Esercizio dell'attività (ex autorizzazione): requisiti di esercizio individuati specificamente a livello regionale – Inizio dell'attività previsto con lo strumento della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA);
- Accreditamento: requisiti di accreditamento individuati a livello regionale – Accreditamento effettuato a livello regionale con indicazione, da parte dell'erogatore, delle ASL in cui intende operare;
- Contratto: previsto un *format* re-

gionale del contratto-*budget* assegnato alla ASL e non all'erogatore, con meccanismi di monitoraggio e controllo descritti più avanti;

- Tariffe: quattro profili assistenziali definiti e "tariffati" a livello regionale, distinti sulla base del coefficiente di intensità assistenziale (CIA = giornate di effettiva assistenza/giornate di presa in carico) e assegnati a seguito della valutazione effettuata dalla ASL con strumenti standardizzati a livello regionale – possibilità, in presenza di uno di 4 fattori di complessità assistenziale, di un incremento in misura fissa della tariffa base; una tariffa unica per le cure palliative; due tariffe prestazionali (una per i prelievi e una per altre prestazioni) (vedi tabella 1).

Profilo	Definizione del livello LEA (Assistenza Domiciliare)	Natura del bisogno (Valutazione)	Durata della presa in carico (periodo di riferimento standard)	Intensità Assistenziale	Tariffa
Prestazionale	Prestazionale	Sociosanitario	Occasionale	Nulla	24 € ad accesso
			Continuativa	Bassa (< 0,25)	
	Prelievi	Sociosanitario	Occasionale - Continuativa	Nulla	12 € ad accesso
Assistenziali					
1	Assistenza Domiciliare integrata di primo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 Giorni	0,25 - 0,50	360 €
2	Assistenza Domiciliare integrata di secondo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 Giorni	0,51 - 0,65	610 €
3	Assistenza Domiciliare integrata di primo livello	Sociosanitario funzionale sociale	30 Giorni	0,66 - 0,85	770 €
4			30 Giorni	0,86 - 1	1.120 €
ADI Cure palliative		Sociosanitario funzionale sociale	30 giorni	Continuità assistenziale	1.500 €

Tabella 1 – Profili assistenziali

Basata su **8 domini principali** suddivisi a loro volta in funzioni.
Ad ogni dominio viene assegnato un punteggio da 0 (lieve) a 3 (molto grave).
La valutazione di secondo livello è svolta utilizzando una scala univoca a livello regionale: la **scala FIM** (Functional Independence Measure) per misurare la **capacità funzionale** della persona

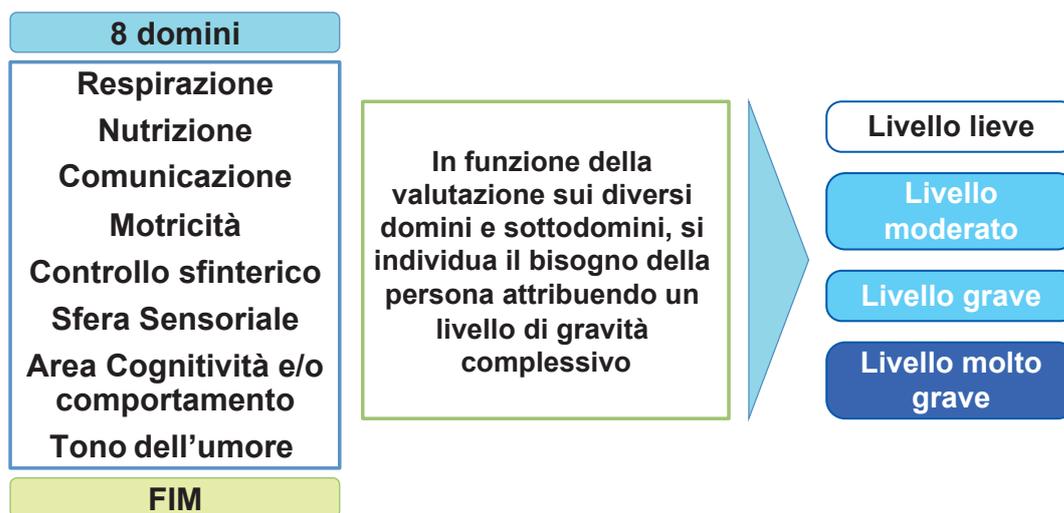


Tabella 2 – La valutazione di secondo livello

Fattori di processo erogativo:

- Destinatari, criteri di ammissione: declinazione dettagliata della definizione di persona fragile;
- Attivazione dell'assistenza: effettuata da parte del medico di medicina generale (MMG) o del medico ospedaliero (dimissioni) su ricettario unico e scheda sintetica del bisogno, in alcune realtà anche per via informatizzata;
- Valutazione dell'appropriatezza della richiesta di attivazione: è effettuata dalla ASL ed è articolata su due livelli:
 - *1° livello*: avviene al primo contatto con il caregiver; ha lo scopo di verificare l'appropriatezza del ricorso all'ADI per l'utente; la valutazione "filtro", avviene attraverso lo strumento di valutazione del triage, di facile e rapido utilizzo, e si conclude con un punteggio che, se superiore al *cut-off* fissato, ammette

la persona alla valutazione di secondo livello (tabella 2);

- *II° livello*: è la valutazione per i casi più complessi, effettuata considerando i bisogni sia sanitari che sociali; è effettuata da una *équipe* (sempre presente un infermiere, in caso di necessità partecipano anche un assistente sociale e un medico della ASL) con scale omogenee su tutto il territorio, entro 72 ore dalla richiesta (per casi urgenti anche entro 24 ore); la rilevazione dei bisogni socio sanitari avviene con una scheda che esplora 8 domini (respirazione, nutrizione, comunicazione, motricità, controllo sfinterico, sensoriale, cognitività e/o comportamento, tono dell'umore), "pesati", attraverso la scala FIM (Functional Independence Measure); nel corso del 2013 in tre ASL è stata avviata la sperimentazione dell'utilizzo della

VAOR home care nel processo valutativo (tabella 3);

- Erogazione delle prestazioni: è effettuata da soggetti accreditati dalla Regione e contrattualizzati con la ASL; tra di essi il cittadino sceglie da chi farsi assistere; le prestazioni erogabili (infermieristiche, medico specialistiche – geriatra, fisiatra –, riabilitative, educative, di aiuto infermieristico) sono definite, in modo non esaustivo, in un elenco; il piano di assistenza individuale (PAI) "operativo" è approntato dall'erogatore, d'intesa con il MMG, e inviato alla ASL per la "validazione" di congruenza rispetto ai bisogni rilevati dalla valutazione; l'accesso alle prestazioni avviene con un *voucher* (titolo mensile) rilasciato dalla ASL e rinnovabile.

Fattori di monitoraggio e controllo:

- Governo del sistema: il *budget* di ASL è, in genere, assegnato al distretto che "regola" l'emissione

dei *voucher* sulla base dell'appropriatezza del bisogno, della valutazione effettuata dall'*équipe* territoriale e della attività di controllo delle prestazioni erogate;

- Controllo delle prestazioni: è effettuato dalla ASL sulla base di un piano annuale. Il controllo di appropriatezza assistenziale è previsto *in itinere* ed *ex post*. Quello *in itinere* viene assicurato al domicilio su un campione di assistiti, attraverso l'utilizzo di requisiti/criteri, misurabili mediante indicatori predefiniti e portati a conoscenza degli erogatori. Il controllo *ex post* è effettuato alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato ed accerta, in relazione al titolo assegnato, la congruenza tra numero e tipologia degli accessi effettuati e obiettivo assistenziale definito in sede di valutazione da parte della ASL. In assenza di congruenza,

la ASL procede all'adeguamento del valore economico del titolo rendicontato, secondo quanto definito dal contratto.

La sperimentazione, ancora in corso, sta affinando sempre più un sistema basato su principi di omogeneità, appropriatezza e programmazione centrata sul bisogno. I risultati saranno disponibili tra qualche tempo, tuttavia nei paragrafi seguenti sono riportate alcune considerazioni sull'esperienza.

I PRINCIPALI RISULTATI OTTENUTI

1. La valutazione del bisogno è uno degli elementi cardine del nuovo sistema, nei suoi due livelli.

Nel *primo livello* viene utilizzata una scheda che permette di operare una prima selezione (in modo standardizzato) tra bisogno semplice (che richiede una risposta monoprofessionale di

natura sociale o sanitaria) e bisogno complesso (da rinviare ad una valutazione multidimensionale di secondo livello). Lo strumento è stato concepito per un utilizzo anche da parte di operatori non sanitari (come, ad esempio, i servizi sociali comunali) adeguatamente formati.

La valutazione di *secondo livello* è riservata alle persone che hanno avuto un esito positivo al *triage* o a quelle in dimissione da una struttura ospedaliera. L'esito della valutazione è costituito da una attribuzione, coerente al bisogno e secondo un algoritmo predefinito, di un profilo assistenziale adeguato, dalla definizione della durata del PAI e del valore complessivo del voucher attribuito. Va rimarcato che la definizione del profilo assistenziale vede, comunque, l'intervento della professionalità dell'*équipe* nell'adeguamento di eventuali profili non rite-

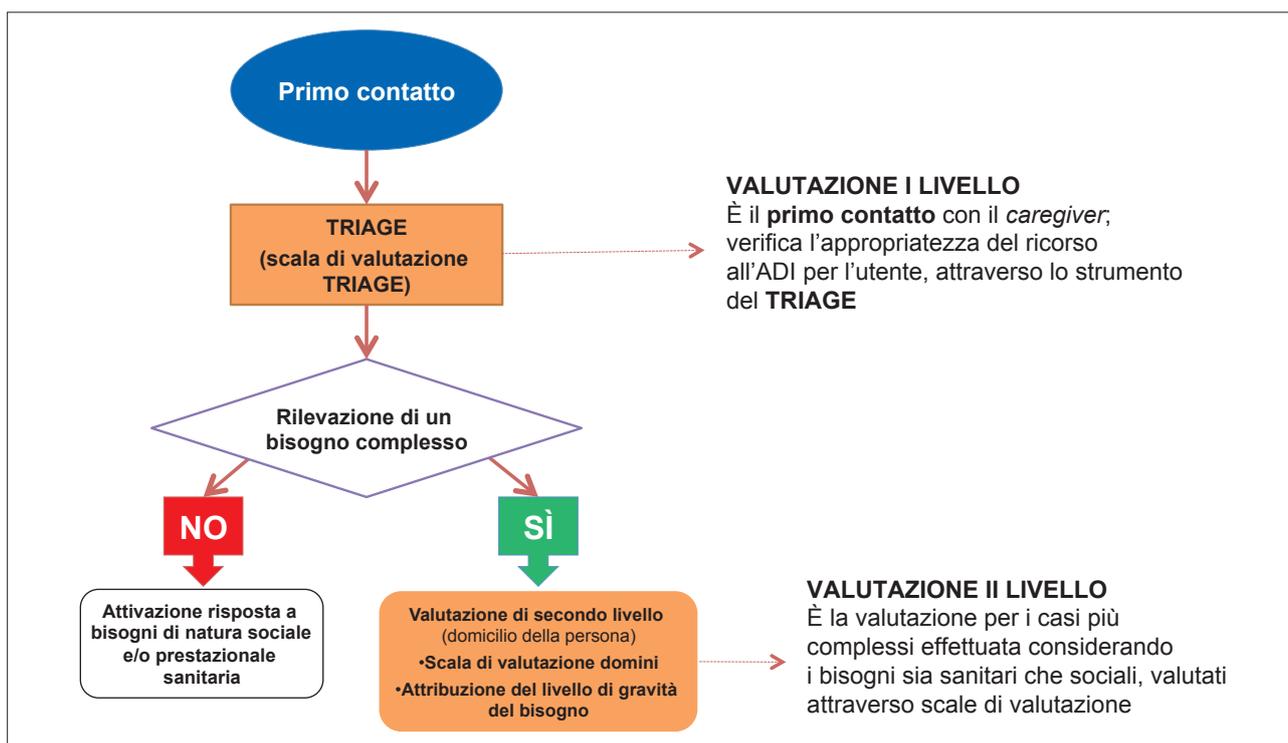


Tabella 3 – La valutazione del bisogno

nuti congrui rispetto ai bisogni effettivamente rilevati.

Il modello approntato punta, a livello regionale, sulla omogeneizzazione della valutazione del bisogno e sulla appropriatezza della risposta in rapporto al bisogno rilevato, con correttivi in relazione alla peculiarità del singolo caso.

2. L'introduzione del *triage* quale strumento utilizzabile anche da operatori socio assistenziali richiama fortemente la necessità di una integrazione, sull'assistenza domiciliare, tra i servizi (socio sanitari e socio assistenziali) coinvolti. Lo strumento, presentato in parecchi contesti agli operatori dei comuni, è stato da questi apprezzato ed ha costituito l'occasione per proseguire nell'inevitabile integrazione dei servizi intorno ai bisogni della persona.
3. Relativamente ai fattori "strutturali", elemento di novità, accanto all'omogeneizzazione dei requisiti di accreditamento, è l'introduzione di requisiti per l'esercizio dell'ADI. Questo offre una garanzia al cittadino, nel caso di ricorso – per libera scelta – a soggetti non accreditati, di contare su un erogatore comunque in possesso di requisiti base, individuati a livello regionale e controllati da parte della ASL.
4. La valutazione con strumenti standardizzati e validati richiama alla appropriatezza, al corretto utilizzo delle risorse e al governo del sistema, creando una saldatura tra questi elementi. Questo passaggio è rilevante perché su di esso poggia la "sostenibilità" del sistema di risposta al bisogno.
5. Il controllo, a domicilio dell'assistito, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate costituisce un altro elemento significativo a tutela dell'assistito, dei suoi bi-

sogni, della continuità dell'assistenza e del corretto utilizzo delle risorse. Infatti, più complessi sono i problemi della persona, più alto è il rischio di utilizzo improprio dei servizi, di frammentazione del percorso di assistenza, di ritardo nell'individuare la risposta più appropriata al bisogno con cattivo utilizzo delle risorse economiche e professionali.

PUNTI DI ULTERIORE ANALISI E APPROFONDIMENTO

Va premesso che la sperimentazione è ancora in atto al momento della stesura di questo testo. L'individuazione di eventuali ambiti miglioramento è, quindi, rimandata al termine del percorso e della valutazione dei risultati ottenuti. In questa sede è possibile entrare nel merito di alcuni aspetti di carattere generale che potrebbero costituire oggetto di approfondimento.

1. Un'osservazione riguarda l'importanza, accanto ad interventi di carattere organizzativo, di proseguire sul piano culturale le iniziative formative e di confronto avviate con gli operatori, in un'ottica di un *feed-back* costruttivo per l'elaborazione del modello.
2. Tra gli aspetti della valutazione possibile oggetto di affinamento rientra la corretta valutazione del peso del *care giver* familiare nel lavoro di cura. Questo aspetto presenta oggettive difficoltà nella sua corretta valutazione, in quanto, accanto ad elementi quali la presenza del *caregiver* e la quantità del tempo impiegato nel lavoro di cura, facilmente acquisibili, vi è anche la necessità di rilevare le sue competenze e la sua capacità di assistenza. Va da sé che

la conoscenza di questi aspetti nella fase valutativa influisce poi sul profilo assistenziale assegnato e presuppone la messa in campo di azioni, formative o sostitutive, in alcune funzioni, da individuare caso per caso.

3. Un affinamento richiederebbe la definizione del *cut off* della valutazione di *triage*. Nella fase valutativa "l'asticella", in senso figurato, è stata volutamente tenuta bassa per evitare che "sfuggissero" alla valutazione di II livello casi complessi. Sicuramente la sperimentazione fornirà indicazioni per un più adeguato posizionamento del limite tra caso semplice e situazioni complesse.
4. L'esperienza richiama anche l'opportunità di proseguire gli interventi in atto per una azione informativa e di *case management* nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, da parte della ASL. Anche su questo aspetto le riflessioni in corso stanno individuando soluzioni di ampio respiro e a 360 gradi sulla famiglia, in un'ottica di sintesi nelle risposte ai bisogni rilevati intorno alla persona assistita.

CONCLUSIONI

L'esperienza lombarda pone all'attenzione, a livello nazionale, la necessità di un percorso di omogeneizzazione e standardizzazione dell'ADI tra le diverse Regioni, partendo dal presupposto che la sua erogazione rappresenta un livello essenziale di assistenza.

Una possibile soluzione potrebbe essere costituita dalla "convergenza", a livello nazionale, su alcuni aspetti-base del processo di erogazione dell'assistenza, poi declinabili nelle singole Regioni tenendo conto di eventuali specificità territoriali.

BIBLIOGRAFIA

GRANGER C.V., HAMILTON B.B., LINACRE J.M., HEINEMANN A.W., WRIGHT B.D., *Performance profiles of the functional independence measure*, in "Am J Phys Med Rehabil", 1993, Apr; 72(2):84-9.

TESIO L., GRANGER C.V., PERUCCA L., FRANCHIGNONI F.P., BATTAGLIA M.A., RUSSELL C.F., *The FIM® instrument in the United States and Italy: a comparative study*, in "Am J Phys Med Rehabil", 2002;81:168-176.

BRIZIOLI E., BERNABEI R., GRECHI F., MASERA F., LANDI F., BANDINELLI S., CAVAZZINI C., GANGEMI S., FERRUCCI L., *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy*, in "Aging Clin Exp Res", 2003;15(3):243-53.

Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2010.

La presa in carico degli anziani non autosufficienti, 10° suppl. al n. 30 di "Monitor", 2012.

Deliberazione Giunta Regione Lombardia n. IX/3541 del 30 maggio 2012 *"Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata"*.

Deliberazione Giunta Regione Lombardia n. IX/3584 del 6 giugno 2012 *"Determinazioni in ordine all'allegato A) alla dgr n. 3541 del 30 maggio 2012 "Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accREDITAMENTO dell'assistenza domiciliare integrata"*.

Decreto Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032 del 6 luglio 2012 *"Determinazione in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata"*.

Deliberazione Giunta Regione Lombardia n. IX/3851 del 25 luglio 2012 *"Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)"*.

Deliberazione Giunta Regione Lombardia n. IX/3971 del 6 agosto 2012 *"Interventi di programmazione del settore sociosanitario per l'anno 2012"*.

Decreto Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 7089 del 3 agosto 2012 *"Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata"*.

“METTERE PAROLE” SULL’ESPERIENZA DELLA SEPARAZIONE DEI GENITORI

Costanza Marzotto *

I figli hanno un forte bisogno di condividere con altri ciò che vivono e ciò che pensano della vicenda del divorzio di mamma e papà. Ecco per loro un’occasione importante: i gruppi di parola

PERCHÉ UN GRUPPO DI PAROLA?

“Mettere parole” sull’esperienza della separazione dei genitori: a partire da questa definizione, con un gruppo di colleghi mediatori familiari nelle situazioni di separazione e divorzio, abbiamo cominciato nel 2005 a lavorare direttamente con i figli di coppie separate per offrire loro un luogo e un tempo appositamente strutturati, affinché anche la loro voce potesse essere udita sulla drammatica scena del divorzio, evitando però il rischio di un peso eccessivo, di diventare una parola “troppo potente”, accusatoria...

L’espressione *mettre des mots sur les maux* ripresa dalla famosa psi-

canalista francese Françoise Dolto, fa riferimento al bisogno fondamentale dell’essere umano di poter nominare anche il dolore, la sofferenza collegati agli eventi critici della vita, per potersene fare qualcosa, per poter crescere come attore del proprio destino e non solo vittima di decisioni altrui. Alla base del nostro lavoro diretto con i minori, dove si tiene conto della loro appartenenza ad un intreccio più ampio di legami familiari, c’è un modello teorico che riconosce nel minore una soggettività a pieno titolo, dove si dà valore alla continuità dei legami familiari ed in particolare si opera nella speranza che anche dopo il divorzio i figli possano continuare a sentirsi “appartenenti” ai due genitori e al-

*] Costanza Marzotto, è psicologa e mediatrice familiare didatta Simef; docente all’Università Cattolica di Milano pratica come mediatrice familiare nei conflitti coniugali per separazione o divorzio e nei conflitti intergenerazionali. Conduce gruppi di parola per figli di genitori separati, è coordinatrice del Master biennale in Mediazione Familiare e Comunitaria (IX edizione) presso l’Alta Scuola di Psicologia “A. Gemelli”, e responsabile della formazione per il Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

le due stirpi familiari. Un figlio per crescere – anche a fronte della rottura del patto di coppia – necessita di poter accedere sia al papà che alla mamma, e solo la condivisione di un progetto educativo faciliterà la costruzione della mente e la possibilità di essere a propria volta generativi.

Come noto anche in Italia un elevato numero di minorenni è coinvolto in questa laboriosa transizione del divorzio e dall'esperienza di altri Paesi del mondo si è ben evidenziato quali possono essere le conseguenze di breve e lungo periodo di questo passaggio critico per gli adulti e per i minori, se non vengono messi in atto interventi preventivi e di cura delle relazioni verticali e orizzontali (Amato, 2010; lafrate, 2010). Dal recente aggiornamento Istat, nel 2011 le separazioni sono state 88.797 e i divorzi 53.806, e di questi il 72% delle separazioni e il 62,7% dei divorzi hanno riguardato coppie con figli avuti durante il matrimonio. Questo sta a significare che una grande quantità di minorenni è coinvolta in questo cambiamento radicale della vita quotidiana, e come sappiamo bene la diffusione del fenomeno non è accompagnata da una minor sofferenza soggettiva! Le difficoltà per i figli riguardano sia la sfera emotiva che quella cognitiva: fatica a scuola, problemi di comportamento associati a tristezza, isolamento, ecc. a seconda delle età della vita e dalla qualità della relazione nella coppia genitoriale, del clima esistente prima, durante e dopo la riorganizzazione familiare. In particolare le ricerche longitudinali ci segnalano che a volte dopo un primo periodo "di buon adattamento", in cui l'evento critico separazione dei genitori sembra assorbito nella vita quo-

Il Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia

Direttore: prof.ssa Giovanna Rossi

Il Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia opera dal 1976.

In esso operano e si confrontano competenze multidisciplinari attinenti principalmente all'ambito psicologico e sociologico in dialogo con demografia, economia, filosofia, pedagogia e diritto.

Il Centro svolge un'attività di *formazione* diretta a professionisti che lavorano con e per le famiglie in ambito sia nazionale sia internazionale.

Il Centro cura da anni due diverse serie di *pubblicazioni*: Studi Interdisciplinari sulla Famiglia e i Quaderni del Centro Famiglia.

Costante è la promozione di eventi, iniziative di studio e attività seminariali, convegni scientifici sia in ambito nazionale che internazionale in collaborazione con l'*Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli (ASAG)*.

Gli studiosi e i professionisti che fanno parte del Centro si riconoscono in uno specifico approccio relazionale e simbolico di comprensione dei fenomeni familiari. In tale prospettiva fondata su presupposti epistemologici dichiarati (cfr. E. Scabini e G. Rossi (a cura di), (2006), *Le parole della famiglia*, Vita e Pensiero, Milano), la famiglia è intesa come luogo costitutivo del legame tra generi e generazioni, sorgente primaria del patrimonio affettivo e morale dell'umano. Ad essa è riconosciuto lo statuto di "soggetto societario", protagonista attivo nella costruzione dell'identità personale, dell'azione educativa e delle politiche sociali. L'approccio elaborato dal Centro può essere utilmente applicato alle varie transizioni critiche della famiglia e alle diverse forme di intervento per e con la famiglia.

Tratto da:

http://centridiateneo.unicatt.it/centro_di_ateneo_studi_e_ricerche_sulla_famiglia

tidiana, si verificano nei figli degli effetti a lungo termine con episodi di malessere psicologico serio, difficoltà nel modo del lavoro e nella vita di relazione del giovane-adulto, problemi che ci interpellano a vario titolo come professionisti incaricati della costruzione di un benessere comune.

DI COSA SI TRATTA?

L'esperienza del *Gruppo di parola*, conosciuta in Canada nel 2000 e poi in Francia, è stata messa a punto da un'*équipe* multidisciplinare dell'Università Cattolica del Sacro Cuore afferente al Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia¹, *équipe* attiva presso il Servizio di psicologia Clinica per la Coppia e la Famiglia di Via Nirone 15 a Milano, e che da molti anni of-

fre un percorso formativo biennale per mediatori familiari e comunitari², e trasmette le competenze per diventare conduttori di questo tipo di gruppo in collaborazione anche con colleghi stranieri pionieri in questo settore³.

Come esplicitato nella *brochure* [http://progetti.unicatt.it/mainprojects_5081.html] la partecipazione agli incontri permetterà ai figli di esprimere ciò che vivono attraverso la parola, il disegno, i giochi di ruolo, la scrittura; sarà un'occasione per avere delle informazioni, porre delle domande, mettere parola sui sentimenti, le inquietudini, le paure ed uscire così dall'isolamento e costruire una rete di scambio e di sostegno tra pari, per trovare modi per dialogare con i genitori e la parentela e vivere meglio la riorganizzazione familiare.

Fin dall'inizio si esplicita che il benessere sarà per tutto il "corpo familiare"; che l'aiuto è rivolto sia ai piccoli che indirettamente ai grandi che beneficiano di un riconoscimento della loro condizione da parte della comunità sociale oltre che da parte dei propri figli. L'età dei partecipanti rende particolarmente "magico" questo processo, e il clima di fiducia è evidente dopo poche battute: i bambini arrivano nella stanza appositamente arredata per loro per le due ore dedicate al tema "separazione e divorzio" e parlano di quei "segreti" che da tempo custodiscono nel cuore e che altrove non avevano avuto il coraggio di mettere a fuoco. Qui la regola della confidenzialità tranquillizza i presenti e definisce la cornice del contesto a seconda anche delle età.

La tappa successiva è quella di ricevere dal gruppo e nel gruppo un'eco positiva, un tipo di condivisione discreta unita a volte anche a indicazioni creative per fronteggiare situazioni complesse come ad esempio la domenica sera al rientro dalla mamma, dopo un bel fine settimana con papà, la cena con i nuovi partner, la nascita di un altro bambino o la scoperta di "fratellastri", ecc.

PARLARE DI COSA?

Per molti figli divisi, appartenenti alla fascia d'età 6-12 anni, adolescenti o giovani adulti, ci sono molte cose non dette o non dicibili proprio a mamma e papà che in questo periodo sono così tristi, nervosi o arrabbiati! Alcuni pensano di essere gli unici sfortunati, altri si sentono nella massa dei "figli divisi", ma non capiscono quanto succede loro intorno; molti faticano a tenere dentro tante emo-

zioni contrastanti; per tutti è richiesta a gran voce la possibilità di continuare ad essere amato da entrambi i genitori e a voler bene sia a papà che alla mamma, ai nonni di entrambe le stirpi. Ecco allora che il costrutto denominato "Gruppo di parola" – oggi con il *copyright* depositato, ci sembra una risorsa clinica, non terapeutica – dal forte impatto preventivo – utile da offrire a tutti coloro che vivono questa complessa transizione familiare e che potrebbero positivamente beneficiare di uno scambio, un ascolto, un supporto, da parte di un gruppo di pari alla presenza di un adulto affidabile e appositamente preparato. Come ci hanno detto alcuni genitori, i ragazzi sono aiutati a dare una dimensione storica all'evento divorzio, a trovare un senso ai cambiamenti avvenuti, ma anche a far intravedere un futuro vivibile, a scoprire il bello della differenza e ad autorizzarsi a dialogare con papà e mamma anche se abitanti in case diverse.

Con il loro stile immediato, a volte un po' sgrammaticato, ecco cosa scrivono i partecipanti ad un gruppo dell'autunno scorso a Milano "Vorremmo che voi tornaste insieme, ma senza litigare! Vorremmo che stiate di più insieme, mangiare qualche volta tutti insie-

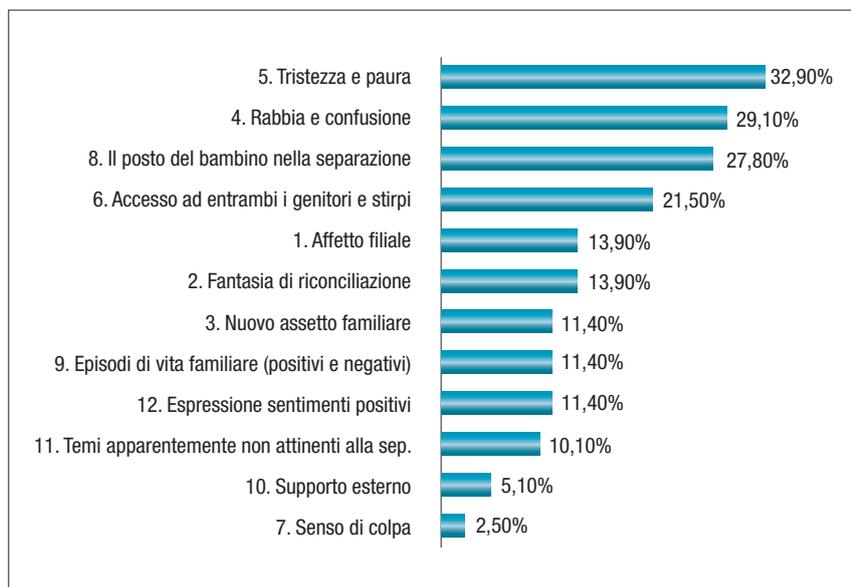


me, ma siamo un po' preoccupati che se state insieme possiate litigare... Quando i genitori litigano ci si sente confusi, tristi, soli e preoccupati. Ma quando stanno bene ci si sente felici. È difficile qualche volta chiedere le cose ai genitori. Sappiamo che non dipende da noi la vostra separazione, ma ne siamo coinvolti un po'. Vi vogliamo tanto bene! firmato: il gruppo di parola".

In analogia con quanto emerso dalla ricerca condotta dal nostro Osservatorio permanente sui primi venti gruppi realizzati in Italia, troviamo alcune delle tematiche più ricorrenti nelle lettere ai genitori e

I temi nelle 20 Lettere dei bambini 6-12 anni (cfr. Marzotto ed., 2010)

1. L'affetto e il voler bene
2. Il disagio emotivo per la separazione
3. L'informazione
4. Il posto dei bambini nella separazione dei genitori
5. I litigi dei genitori
6. I nuovi compagni
7. La fantasia di riconciliazione
8. Aspetti positivi della separazione



Le tematiche ricorrenti nelle lettere ai genitori

lette al quarto incontro: il disagio emotivo per la separazione avvenuta, la richiesta di amore continuo da parte dei genitori, la fantasia di riconciliazione, la responsabilità/il posto dei figli nell'intreccio familiare e il bisogno profondo di essere informati e al tempo stesso di es-

sere tenuti fuori dal conflitto (Marzotto, 2010).

COME?

Alla base di questo breve itinerario (4 incontri di due ore ciascuno a scadenza settimanale con un

gruppo di 4/10 partecipanti) c'è la alleanza con i genitori, che pur divisi sottoscrivono entrambi la partecipazione del figlio/a al *Gruppo di parola*, riconoscendogli il bisogno e il diritto di incontrare altri ragazzi con cui nominare le questioni faticose o piacevoli della separazione, nella garanzia della più assoluta riservatezza. Infatti l'incontro preparatorio che il conduttore (noi preferiamo essere in due a gestire ogni incontro) ha con l'insieme dei genitori, è proprio finalizzato a ringraziarli per la fiducia e ad annunciare loro le caratteristiche di questo percorso, che si differenzia dalla psicoterapia e dalla perizia.

La cooperazione con i genitori prosegue al quarto incontro in cui papà e mamme vengono invitati a partecipare al lavoro del gruppo, ad ascoltare la lettera rivolta loro dalla comunità dei partecipanti e a redigere un messaggio destinato al gruppo dei figli. Coloro che lo desiderano – al termine dell'itinerario – possono poi incontrare i condutto-





I sentimenti e i pensieri ricorrenti dei genitori

ri e focalizzare l'attenzione su ogni singola situazione.

In occasione di questa ospitalità offerta dal *Gruppo di parola* ai genitori nei tempi loro dedicati, essi possono mostrare i lavori di gruppo prodotti, come ad esempio un *collage* sul tema del conflitto in cui i loro timori, le paure, le esigenze vengono manifestati collegialmente agli adulti utilizzando lo strumento delle immagini che sappiamo essere per tutti più esplicite e meno pesanti!

Come è stato possibile evidenziare dal recente studio compiuto da C. Fusar Poli nel 2012, ciò che è qualificante di questo strumento è la *fase iniziale*, esaminata analiticamente nei video di alcuni gruppi campione. È stato molto interes-

sante mettere in risalto l'intervento del conduttore, che coinvolgendo fin dalle prime battute il gruppo nel suo insieme, permette al singolo di esporsi o rimanere protetto a seconda dei propri ritmi, ma al tempo stesso offrendo la possibilità al gruppo nel suo insieme di individuare problemi e risorse tipici della transizione del divorzio, portarli alla consapevolezza di tutti i presenti, fino all'incontro finale con i genitori. In più, la presenza di partecipanti appartenenti ad età diverse e in fasi diverse del percorso separativo (per qualcuno è appena avvenuto il cambio di casa, per altri ci sono già dei nuovi partner di papà o mamma, per altri sta per avvenire l'udienza in tribunale), arricchisce il gruppo di pun-

ti di vista diversi, a volte pieni di saggezza e capaci di infondere fiducia in soggetti assai provati dal senso di colpa, da illusioni impossibili, o vergognosi per quanto accaduto.

IN SINTESI

Possiamo confermare con Robert Emery (2008) che la separazione della coppia è un evento potenzialmente dannoso e fortemente stressante per i figli, ma altresì è possibile da parte del corpo sociale mettere a disposizione del corpo familiare specifiche forme di intervento volte a sostenerli nella transizione del divorzio, come ad esempio la mediazione familiare, i gruppi per genitori divisi, i Grup-

pi di parola per figli di genitori separati.

Questi interventi sono stati studiati a livello internazionale in modo diversificato; è stato evidenziato che essi hanno un effetto positivo sui partecipanti, in quanto li rimandano ad un maggior dialogo intrafamiliare e fanno migliorare l'autostima che il figlio ha nei confronti di se stesso. Garanzia dell'efficacia di questo strumento clinico delicatissimo a disposizione delle famiglie divise è la competenza del professionista conduttore, consapevole del potenziale dello strumento, formato in modo adeguato e alla ricerca di una supervisione e un confronto con la comunità scientifica.

1] http://centridiateneo.unicatt.it/centro_di_ateneo_studi_e_ricerche_sulla_famiglia

2] Cfr. [Http://asag.unicatt.it/asag-mediazione-familiare-e-comunitaria-ix-edizione-milano-presentazione](http://asag.unicatt.it/asag-mediazione-familiare-e-comunitaria-ix-edizione-milano-presentazione)

3] http://apps.unicatt.it/formazione_permanente/milano_scheda_corso.asp?id=6313

Bibliografia

AMATO P.R., SPENCER J., *Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations*, in "Family Science", 1, 1, 2010, pp. 2-13.

IAFRATE R., *Frattura del legame e giovani generazioni: effetti della separazione coniugale sui figli adolescenti e giovani adulti*, in L. MELINA C. A. ANDERSON (a cura di), *L'olio sulle ferite. Una risposta alle piaghe dell'aborto e del divorzio*, ed. Cantagalli, Siena, 2009, pp. 41-52.

MARZOTTO C., *I gruppi di parola per i figli di genitori separati*, Vita e Pensiero, Milano, 2010.

EMERY R., *La verità sui figli e il divorzio. Gestire le emozioni per crescere insieme*, Franco Angeli, Milano, 2008.

LE COMUNITÀ RESIDENZIALI PER PERSONE CON DEMENZA LIEVE

Fausta Podavitte *, Carmelo Scarcella **,
Marco Trabucchi ***

*Una possibilità per ritardare l'ingresso
in RSA, un tempo per consentire
alle famiglie di riorganizzarsi*

SCENARIO E CONTESTO LOCALE

Da tempo l'ASL di Brescia ha puntato l'attenzione sullo studio di nuove tipologie di unità di offerta, innovative sia nella struttura organizzativa e nella collocazione nella rete, sia nella sostenibilità economica. Nel 2010 ha dato vita al progetto "Comunità Residenziale per anziani", con grado di compromissione da lieve a moderata nelle aree dell'autonomia e nel quadro clinico, avviando un progetto assistenziale "low cost", che però non si figura come di "low care". Sono residenze di dimensioni contenute (20 posti letto), a bassa protezione, ma ad alto impatto emotivo sulla qualità di vita degli ospiti, inserite nella rosa dei servizi locali, che vengono attivati in base ad ogni bisogno specifico (e temporaneo).

Il territorio di vaste dimensioni, il

numero di servizi disponibili ed il modello organizzativo dell'ASL di Brescia sono stati utilizzati quali punti di forza per la sostenibilità delle comunità residenziali (Box A). Sono tre quelle oggi in funzione e circa cinque di prossimo avvio. Le persone affette da demenza non trovano però in esse luogo idoneo di accoglienza alternativo a domicilio ed RSA, sia per la scarsa tolleranza degli altri ospiti, sia per la specificità dei bisogni assistenziali.

L'attenzione verso il paziente affetto da decadimento cognitivo e demenza deve essere tenuta alta e l'ASL di Brescia ha, in tale contesto, elaborato un PDTA dedicato, strumento che si è rivelato un passo importante nella evoluzione del modello di rete e nella valorizzazione dell'esistente, ma anche occasione per l'apertura di nuovi orizzonti e l'ideazione e piani-

*] Direttore Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie Integrate ASL di Brescia.

**] Direttore Generale ASL di Brescia.

***] Presidente Associazione Italiana Psicogeriatra e direttore scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.

Box A – Caratteristiche dell’ASL di Brescia

ASL Brescia

Le dimensioni

Territorio:	
➤	3.465 Km²
➤	164 Comuni
➤	1.168.168 abitanti (al 31.12.2012)
<i>di cui</i>	
	65-74enni: 117.618
	ultra 74enni: 107.355
	stranieri: 168.011
➤ 12 Distretti Socio Sanitari, aggregati in 6 Direzioni Gestionali Distrettuali, con 1.619 Operatori ASL	
n. 322.530 malati cronici di cui 12.663 in cure domiciliari 8.966 in RSA e 4333 in lista d’attesa	
La rete dei servizi per non autosufficienti	
▣	86 RSA (6.511 posti letto autorizzati di cui 6.197 a contratto + 273 sollievo; 15 nuclei Alzheimer)
▣	4 Istituti di Riabilitazione ex IDR (169 posti letto)
▣	7 Hospice (4 Residenziali - 3 UOCP)
▣	52 Centri Diurni Integrati (979 posti a contratto)
▣	29 Enti Accreditati per Cure Domiciliari ADI
Alcune unità di offerta dei servizi sanitari di base	
▣	715 Medici di Medicina Generale e 131 Pediatri di Famiglia
▣	30 Postazioni di Continuità Assistenziale (191 Medici)
▣	3 Aziende Ospedaliere (10 Presidi e 5 Stabilimenti - 3.361 posti letto ordinari)
▣	13 Strutture Private Accreditate e 2 IRCCS (2.291 posti letto)

ficazione di risposte innovative (box B).

Un’indagine effettuata nel 2011 nell’ASL ha evidenziato la presenza di ben 19.089 persone con demenza, di cui 14.917 con diagnosi certa, 6.786 con DA (Demenza di Alzheimer), 8.121 con altre forme di demenza, con un’età media di 83 anni per le donne e 79,4 per gli uomini. In RSA risultavano inseriti 5.078 pazienti affetti da demenza, mentre 1.643 erano in lista d’attesa; 2.700 pazienti hanno invece fruito di ADI (Box C). Numerosi sono però anche i malati che non risultano in carico a servizi della rete locale e che vivono a casa, con il supporto di familiari e badanti.

Le grandi dimensioni che ha assun-

to il numero di persone affette da demenza rende insufficiente la tipologia di risposta ad oggi fornita (domiciliare o residenziale in RSA). L’unica altra alternativa è quella fornita dai Centri Diurni Integrati; anche questa soluzione presuppone però una protezione domiciliare nelle ore di rientro ed i fine settimana. La fascia critica di cittadini che non trovano risposta adeguata né al domicilio né nelle RSA è identificata nei pazienti in carico solo alle Unità di Valutazione Alzheimer, che continuano a vivere nella propria abitazione, ma che richiedono qualche forma di supporto e protezione.

Uno degli aspetti centrali della demenza riguarda l’allungamento della sopravvivenza, con picchi ormai oltre i dieci anni. Questo fe-

nomeno richiede contestualmente di ripensare la rete disponibile, diversificando tipologia ed intensità dei livelli assistenziali (più opzioni da offrire), oltre che ricercando una maggior appropriatezza e specificità nelle prestazioni e nell’approccio.

Il progetto “Le comunità residenziali per persone con demenza lieve” nasce ad un triennio dall’ideazione di quello relativo a “Nuove forme di residenzialità leggera per anziani”. È stato stimolato sia da un bisogno pressante di nuove soluzioni, sia dall’osservazione delle comunità residenziali in funzione; mantiene i principali aspetti organizzativi del modello della comunità residenziale per anziani, ma ne definisce i possibili fruitori (box D). Ne mutua infatti gli aspetti strutturali e gestionali minimi, oltre che la collocazione nella rete, nel centro abitato e nella vita sociale. Specifici invece sono i criteri di individuazione degli ospiti idonei ad essere accolti, di monitoraggio e dimissione verso altra tipologia di struttura, gli specialisti di riferimento, la formazione richiesta al personale, gli arredi, la valorizzazione degli spazi.

Due sono i fattori prioritari che supportano la scelta di creare sperimentalmente comunità residenziali dedicate a persone con demenza:

1. la notevole evoluzione nella capacità diagnostica e l’anticipazione dei tempi di diagnosi, che hanno evidenziato un numero assai elevato di anziani con demenza non così gravemente compromessi da richiedere l’inserimento in RSA, ma con necessità di “vigilanza”, oltre che di supporto;
2. l’aver appurato che non può esistere una proficua convivenza in comunità residenziale fra anziani lievemente o moderatamente compromessi nell’au-

tonomia e persone con decadimento cognitivo e disturbi comportamentali, per intolleranza dei primi verso questa tipologia di ospiti.

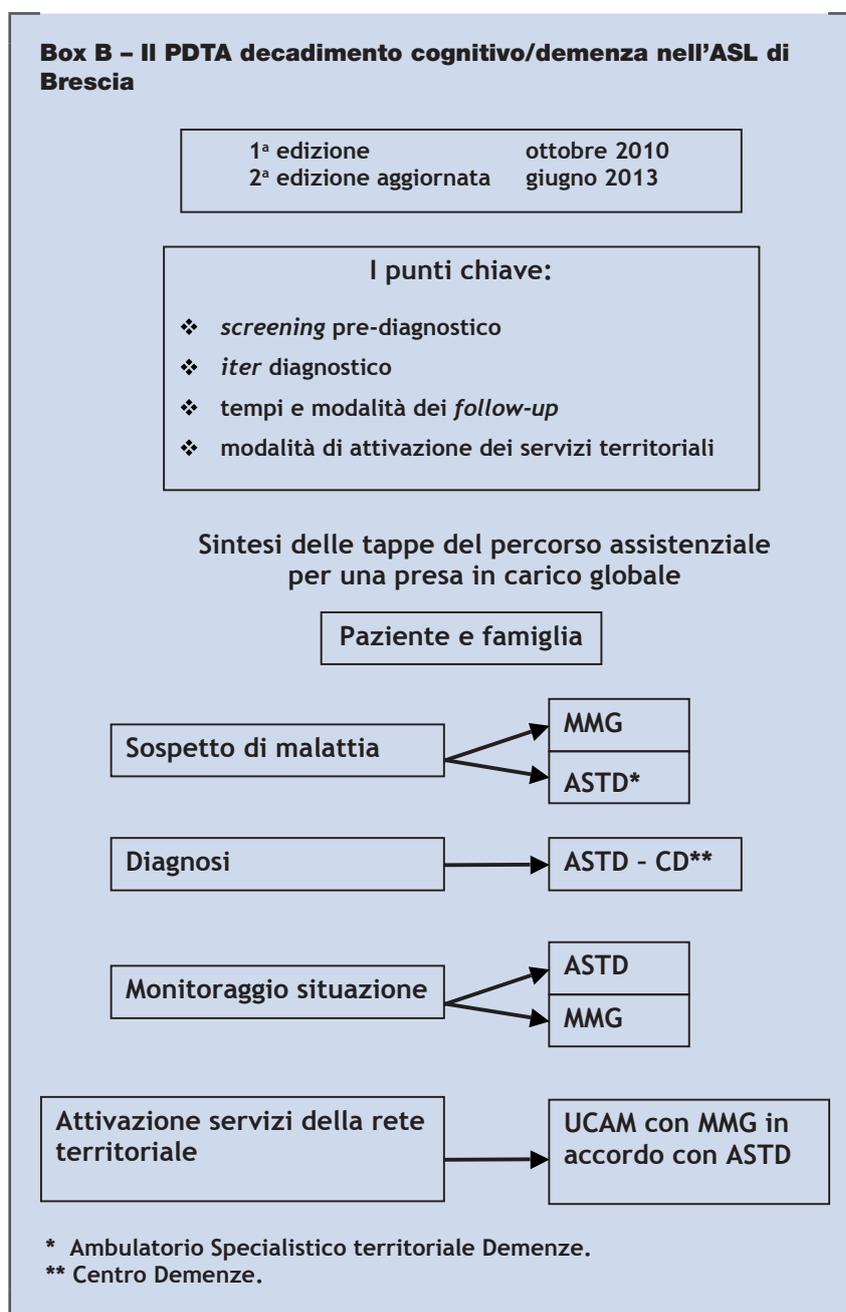
La soluzione abitativa vuole offrire una residenzialità temporanea ai malati affetti da demenza lieve, sia per un periodo di tempo transitorio, in attesa di una riorganizzazione del ritorno al domicilio, sia per un periodo medio-lungo (6-24 mesi), ritardando l'ingresso in RSA.

Il progetto ha l'ambizione di rendere la comunità residenziale dedicata una risposta qualificata, protettiva ed economica al bisogno di un ambiente di vita adatto alla persona con demenza lieve. È un'alternativa alla vita a domicilio con badante, soluzione non sempre sostenibile dalle famiglie, sia per aspetti logistici che economici, considerato che su essa gravano le incombenze in qualità di "datori di lavoro", oltre che le sostituzioni nei giorni di libertà, la gestione della casa, con garanzia di vitto e alloggio.

È un'opzione nuova, che è necessario sperimentare rispetto a procedure e risultati, per ampliare le tipologie di unità di offerta del territorio, avvicinandole sempre più ai bisogni reali.

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

La comunità residenziale si rivolge a persone affette da Mild Cognitive Impairment (MCI) e da demenza lieve, le cui necessità di supervisione e di supporto nelle attività quotidiane (compiti che coinvolgono la sfera cognitiva e lo stato funzionale) vengono abitualmente soddisfatte da familiari, amici, vicini di casa, badante. Per far fronte a questi bi-



sogni, nella Comunità Residenziale è pertanto previsto personale di tipo assistenziale, con il coordinamento di una figura esperta in gestione delle relazioni e nell'organizzazione di servizi (box E).

La richiesta di ingresso in comunità può essere determinata da condizioni di isolamento sociale (assenza di familiari, o loro presenza così limitata da non "coprire" i bi-

sogni ed i tempi di supervisione), o al venir meno dei sistemi di supporto e controllo familiare (malattia o decesso del principale *caregiver*). Inoltre, condizioni di tipo clinico o funzionale possono determinare la necessità di un supporto residenziale, anche per un periodo temporaneo: per esempio, la convalescenza da una malattia acuta o la perdita delle attività della vita

Box C - Le demenze nell'ASL di Brescia

Pazienti con diagnosi di demenza - Esiti indagine

Dati a confronto:

2008

2011

Pazienti con diagnosi certa di demenza

12.643 di cui 3.947
Alzheimer

14.917 (esclusi 4.172 con patologia
compatibile a demenza) di cui 6.796
Alzheimer

Età media:

Alzheimer 83 F 79,4 M
Altre demenze 85,3 F 79,9 M

Nei servizi della rete

In RSA: 4.693 (1.534 Alzheimer)

5.078 (1.918 Alzheimer)
Totale ospiti 8.966

In ADI: 2.240 (8.724 Alzheimer)

2.700 (1.120 Alzheimer)
Totale pazienti in carico 12.447

Numero profili ADI 1.484 Alzheimer 2.087 altre demenze

Numero prestazioni estemporanee 4.338 Alzheimer 7.004 altre demenze

Lista attesa RSA (8 Distretti ASL) 1.643 persone con demenza, di cui 714 con Alzheimer, su 4.333 persone in attesa

quotidiana dopo un evento maggiore (intervento chirurgico, intervento ortopedico).

In tali situazioni, è dimostrato che servizi di cura specifici possono migliorare la qualità della vita dei malati e la loro soddisfazione personale, anche nella fase lieve di malattia (Banerjee S. *et al.*, 2007). Un fattore rilevante è l'alleanza che si deve instaurare con il malato per avere il suo assenso ad un progetto di vita in comunità. La comunità residenziale è pertanto alternativa da una parte ad una gestione domiciliare non più sostenibile per

motivi clinici, funzionali, organizzativi, e dall'altra ad un inserimento in RSA troppo precoce.

I criteri di ammissione o esclusione dei malati di demenza di grado lieve ai fini dell'inserimento riguardano cognitività, disturbi di comportamento e funzioni.

Per quanto riguarda la *cognitività*, possono venire ricoverati i malati con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) e demenza lieve (MMSE compreso tra 30 e 18/30; Clinical Dementia Rating: da 0.5 a 1). La persona non deve inoltre presentare disturbi psico-compor-

tamentali (BPSD) rilevanti (es.: aggressività, *wandering*, disturbi sonno/veglia), oppure che richiedano una costante supervisione per la sicurezza del malato e delle altre persone (malati, personale di assistenza). Un'eccezione può essere rappresentata solo da apatia e depressione (UCLA NPI: $\leq 18/144$).

Per quanto riguarda la *funzione*, la perdita di alcuni item delle ADL non è un elemento di esclusione. Sono inseribili infatti nella comunità persone che hanno perso una sola funzione di base della vita quotidiana (fare il bagno, in quanto è la prima persa), oltre ad un'altra funzione compromessa, che richieda solo supervisione (p.e. vestirsi o lavarsi). Fondamentale è anche la valutazione puntuale della comorbilità (scala CIRS), per escludere malati con elevato carico medico-infermieristico.

Importante è quindi la valutazione multidimensionale del singolo malato da parte dell'*équipe* della struttura per le demenze di riferimento (l'UVA del territorio), in collaborazione con l'*équipe* multidisciplinare ASL ed il MMG, che dovrà occuparsi del proprio assistito anche in comunità, rimanendo il responsabile della gestione clinica. Vanno rilevate e valorizzate le motivazioni per cui i pazienti con demenza lieve debbano essere accolti in struttura, giustificando il cambiamento rispetto alla vita abituale al domicilio. L'obiettivo è rispondere ai sopravvenuti bisogni assistenziali e sociali del malato nel corso della demenza, garantendo una continuità fra gli interventi domiciliari e le RSA, dedicate storicamente alla gestione della fase severa di malattia.

Si vuole così favorire la vita in comunità di un gruppo di persone affette da deficit cognitivo, ma in grado di esprimere il proprio consenso per

Box E - Le Comunità Residenziali per persone con Demenza lieve**Le Comunità Residenziali per persone con Demenza Lieve**

Personale: coordinatore
 Addetto all'assistenza ASA/OSS formati (h 24/24)
 Totale 18 operatori per 2 Comunità Residenziali
 412 ore settimanali

Dimensioni: circa 15 posti letto

Criteri selezione/ingresso:

- cognitività (MCI e Demenza lieve)
- disturbi comportamentale quali apatia/depressione (assenza di disturbi rilevanti)
- funzioni: perdita di una funzione di base (fare il bagno)

il progetto anche impiegando badanti, volontari, familiari per integrare gli ASA, con funzioni di aiuto nella cura delle persone e "vigilanza e tutela" di notte e nelle ore pasti. I volontari possono diventare una risorsa aggiuntiva, di ausilio nelle attività di assistenza, trasporto, animazione, oltre che alberghiere, possibilmente dopo aver garantito percorsi informativi e formativi, affinché acquisiscano dimestichezza con la tipologia di ospiti.

La comunità residenziale deve essere coordinata da un operatore con capacità organizzative e di gestione delle relazioni, considerata la tipologia degli ospiti ed in particolare la rilevanza del clima di vita comunitaria, oltre che delle dinamiche che scaturiscono dal coinvolgimento contestuale di familiari, volontari ed altre figure.

La retta media, totalmente a carico dell'ospite o della sua famiglia, deve essere inferiore alla retta minima applicata dalle RSA del territorio, per rendere "attraente" la struttura. Questo principio è già applicato nelle comunità residenziali per anziani in funzione nel territorio dell'ASL.

La dimensione delle comunità residenziali per persone con demenza lieve è inferiore ai 20 posti letto previsti per le altre comunità residenziali e si attesta fra i 12/15, per rendere sicura la gestione e la sorveglianza.

La retta mensile prevista è stata ipotizzata indicativamente fra i 1.400/1.500 euro, mentre la retta applicata nelle comunità residenziali per anziani è di circa 1.300 euro.

È chiaro che uno degli obiettivi trasversali ai progetti sperimentali

di nuove forme di residenzialità rimane l'economicità della soluzione, accanto all'innovazione nella conduzione della vita quotidiana nella comunità. Inoltre non è previsto alcun carico per il bilancio dell'ASL, che peraltro non prevede l'ampliamento del numero dei letti in RSA.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ

Il punto di forza della comunità residenziale per persone affette da demenza lieve, oltre ad una puntuale selezione degli ospiti, è la *partnership* fra UVA, distretto ASL (UCAM, MMG), Comune e gestore della comunità residenziale, ognuno con un ruolo preciso, intervenendo per le specifiche competenze, non solo nella valutazione, ma anche per l'eventuale attivazione ed erogazione dei servizi aggiuntivi a favore degli ospiti.

Le UCAM Distrettuali, con il MMG, delineano la necessità di prestazioni farmacologiche, di controlli clinici anche a periodicità predefinita, di ADI, ADP del MMG e protesica.

Il medico di medicina generale effettua i controlli clinico-diagnostici necessari all'interno della comunità e garantisce la continuità della conduzione clinica, integrandosi con i medici del servizio di continuità assistenziale.

L'ente gestore garantisce interventi di natura alberghiera ed assistenziale a supporto dell'ospite e fornisce i servizi generali (pulizie, lavanderia, manutenzioni, ecc.).

L'esperienza è aperta rispetto alla definizione sperimentale del modello di lavoro e agli esiti che verranno rilevati; a tal fine sono pronte due strutture, una ubicata in un comune senza altra struttura resi-

denziale, l'altra adiacente ad una RSA con nucleo Alzheimer; verranno valutati con attenzione punti di forza e criticità dei due modelli gestionali.

La tipologia degli ospiti, l'intreccio fra assenso alla vita in comunità ed il livello di protezione da garantire per la sicurezza rendono delicata l'avvio del servizio. Altri aspetti critici sono rappresentati dalla capacità del personale di gestire situazioni "difficili" senza ricorrere all'ospedale, la transizione verso altri servizi quali le RSA, con il relativo stress del paziente, la concreta disponibilità dei servizi territoriali ad intervenire come avverrebbe per qualsiasi altro cittadino. Sono aspetti che vanno analizzati con grande attenzione critica; oggi però la realtà complessiva della rete dei servizi per le persone affette da demenza impone di sperimentare con determinazione nuove soluzioni, seppur con le necessarie precauzioni. Sono infatti in aumento gli anziani soli e le famiglie non in grado di assisterli; se affetti da demenza, devono poter richiedere, oltre alle risposte tradizionali, soluzioni "protettive" meno strutturate rispetto a quelle offerte dalle RSA, ormai luogo di vita solo per ospiti gravemente compromessi. L'ampliamento delle possibili soluzioni assistenziali risponde al modificarsi dell'epidemiologia, alla stessa richiesta di ammalati e famigliari e alla riduzione dei finanziamenti pubblici destinati ai servizi per gli anziani. Una società evoluta deve trovare risposte di fronte a sfide difficili, anche modificando radicalmente gli approcci tradizionalmente utilizzati. In questa logica la collaborazione dell'ASL di Brescia con il Gruppo di Ricerca Geriatrica è diretta alla ricerca di soluzioni profondamente innovati-

ve, attraverso la messa a punto di procedure originali e la rilevazione puntuale dei risultati, anche in rapporto ai costi umani ed economici del nuovo servizio. Infine, l'aspetto più qualificante che sta alla base del progetto è la formazione di tutti coloro che partecipano con

varie funzioni all'impresa, in modo che vi sia una condivisione profonda di mezzi e scopi. Anche i cittadini dell'area dove è collocata la nuova comunità devono essere informati, in modo che nel territorio si crei un consenso diffuso attorno alla sperimentazione.

Legenda

ADP	Accesso Domiciliare Programmato del MMG
ASTD	Ambulatorio Specialistico Territoriale Dedicato/Demenze
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
CD	Centro Demenze
CDI	Centri Diurni Integrati
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
DA	Demenza in Alzheimer
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
IDR	Istituti di Riabilitazione
IRCCS	Istituto Ricovero Cura Carattere Scientifico
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MCI	Mild Cognitive Impairment
MMSE	Mini Mental State Examination
NPI	Neuropsychiatric Inventory
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
UCAM	Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale
UOCP	Unità Operativa Cure Palliative
UVA	Unità Valutazione Alzheimer

Bibliografia essenziale

- ASL Brescia "Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale nel decadimento Cognitivo/demenza", ASL Brescia, 2011.
- ASL Brescia "Nuove prospettive di vita comunitaria per gli anziani", ASL Brescia, 2010.
- BANERJEE S., WILLIS R., MATTHEWS D. *et al.*, *Improving the quality of care for mild to moderate dementia: an evaluation of the Croydon Memory Service Model*, in "Int J Geriatr Psychiatry", 2007, 22, 782-788.
- TRABUCCHI M., *Le demenze*, III ed. UTET, Torino, 2002.
- TRABUCCHI M., BOFFELLI S., *La gestione del paziente demente*, Critical Medicine Publishing, Roma, 2004.
- PODAVITTE F., SCARCELLA C., TRABUCCHI M., *Residenze low cost per anziani: proposta di un modello*, in "Psicogeriatrics", anno VI, (Supplemento I), 2011, 58-64.
- SCARCELLA C., MATTANA E., PODAVITTE F., *Le comunità residenziali. I primi passi della sperimentazione*, in "Sanità Pubblica e Privata", 2011, n. 6.
- PODAVITTE F., SCARCELLA C., TRABUCCHI M., *Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro*, in "I luoghi della cura", anno XI, 2013, 2, 20-25.

SEI: PERSONAGGI IN CERCA DI LAVORO

Francesca Painsi

Attivamente, una cooperativa sociale da invitare a casa propria

I 'marziani del welfare' sono tutti coloro che vengono da un mondo diverso da quello dei servizi sociali e sanitari, hanno altri obiettivi ed interessi diversi da quelli dei servizi, seguono altre regole, incontrano altri problemi, eppure – proprio come i servizi sociali – accrescono il grado di protezione di una comunità. Si occupano d'altro, e in questo sono un poco 'marziani' rispetto al nostro mondo, ma centrano il nostro stesso obiettivo... perché oggi il welfare è una rete a cui chiunque può agganciarsi, per rendere la sua copertura un poco più estesa.

Tutto il mondo è teatro, diceva Shakespeare. I servizi sociali – a loro modo – anche. Un poco perché sono una sorta di palcoscenico del dramma umano, e un po' perché – per dirlo con le parole dello scrittore francese Mauriac – ogni dramma inventato riflette un dramma che non si inventa.

È d'altra parte ben nota la funzione culturale che svolgono i servizi e gli operatori sociali: a loro spetta infatti (anche) il compito di sostenere letture complesse di fenomeni sociali, di sostenere la diffusione di atteggiamenti inclusivi e prosociali, di cambiare – insomma – i modi di pensare.

Su queste premesse, è comprensibile pensare che anche chi fa teatro possa pensare a sé stesso anche come soggetto del welfare. Ci offre un bell'esempio la cooperativa sociale Attivamente di Como. Il suo presidente è un giovane regista Jacopo Boschini, che lavora con un piccolo gruppo i soci che sono insieme attori e formatori e che hanno dato vita a progetti del tutto particolari.

Quello più vicino al welfare sociale si chiama, non a caso, 'SEI', e così si presenta:

“SEI momentaneamente senza lavoro o in fase di cambiamento professionale?

Sai chi SEI professionalmente parlando?

SEI consapevole che le tue emozioni e il tuo comportamento non verbale, sono tra gli elementi più importanti durante un colloquio di lavoro? SEI conscio dei messaggi che trasmetti, di come ti racconti agli altri, di quali sono i tuoi sogni, valori e risorse da utilizzare?

SEI incontri per lavorare sul tuo presente professionale e sull'identificazione di esperienze, talenti, punti di forza.

Perché i ruoli cambiano, ma quello che è davvero importante è chi SEI, cos'hai fatto e quanto hai ancora da dare”.

Questo è SEI: un percorso di orientamento e formazione alla ricerca del lavoro per adulti in cerca di lavoro che sono accompagnati a riflettere sul loro stile di comunicazione verbale e non verbale, sulla focalizzazione dei loro obiettivi e sulla capacità di comunicarli alle persone che incontrano. Tra le particolarità del corso proposte, oltre alla presenza di attori e registri tra i docenti, anche il modo di pagarlo: l'iscrizione è gratuita e il costo, decisamente calmierato (100 euro per 6 incontri) può essere pagato anche dopo mesi: 'nel rispetto delle possibilità personali' recita il volantino di promozione, quasi fossero insieme – la cooperativa e la persona che cerca lavoro – a scommettere che le persone meritano fiducia e investimento e che le situazioni, anche quelle difficili, possono cambiare... anzi, possono essere cambiate dal lavoro più attento e maturo di chi ne è protagonista.

Jacopo Boschini racconta con piacere del corso, giunto in pochi mesi alla seconda edizione. Dice che l'esperienza è stata interessante per i corsisti quanto per i docenti. Il punto critico che è emerso più spesso è stata – e questo è prevedibile – l'elaborazione del lutto per il lavoro perso. Questa fatica, però, ne nascondeva una molto meno pre-

vedibile: la fatica delle persone che per molti anni hanno svolto lavori in cui non si riconoscevano, o almeno non si riconoscevano più. È il caso, ad esempio, di quella donna che alla fine delle scuole medie è stata avviata agli studi di ragioneria dalla famiglia, e che si è poi trovata a lavorare in banca tutta la vita senza alcun desiderio o motivazione per questo lavoro, sopportato con fatica perché almeno 'era un lavoro sicuro'. Certo, perderlo anche per questa donna è stato un problema, ma nella sua vita è anche emerso finalmente uno spazio per inventarsi un lavoro diverso. Quale? Questo è stato il lavoro che la signora ha dovuto iniziare con questo corso, andando a cercare domande sepolte da pigne di estratti conto e operazioni bancarie.

SEI lo abbiamo descritto come un progetto 'sociale'. Attivamente, però, ha scompigliato anche le carte del profilo più culturale del *welfare*: quello che produce socialità, integrazione e coesione sociale usando la leva appunto della cultura.

Il loro progetto più noto (ne hanno

detto e scritto dalla Rai ai rotocalchi di gossip) è il progetto di 'teatro tascabile' che può essere realizzato in pochi metri quadri, anche nei piccoli spazi del salotto di casa. Accade così che una famiglia, un'associazione, un'azienda, un gruppo di amici possano realizzare (a prezzi decisamente modici) nella propria casa o nella sede, anche solo per pochi amici, un vero spettacolo teatrale con scenografie che cambiano, attori e tecnici. Gli spettacoli proposti dalla compagnia sono quelli del teatro sociale che ha avuto in questi anni esponenti importanti e grande notorietà. Attivamente in particolare

propone per il 'teatro in casa' spettacoli originali, avvincenti, anche divertenti, che trattano temi importanti: l'emigrazione, la globalizzazione, gli stili di vita, il peso del consumo e dell'apparire nelle nostre scelte quotidiane,...

Così la cooperativa Attivamente si intrufola nella vita delle persone e nelle nostre case per raccontare storie che è sempre più difficile ascoltare. Storie nascoste e spesso silenziose. Storie che gli stessi protagonisti devono ancora trovare le parole per raccontare. Storie capaci di dare emozioni, speranze, sogni, e sorprese. Un po' come il teatro. E come i servizi sociali.

Sei | Strategie di rientro nel mondo del lavoro

SEI momentaneamente senza lavoro o in fase di cambiamento professionale? Sai chi SEI professionalmente parlando? SEI consapevole che le tue emozioni e il tuo comportamento non verbale, sono tra gli elementi più importanti durante un colloquio di... [<http://www.coopattivamente.it/>]



IDEE PER I SISTEMI INFORMATIVI NELL'ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI

Maurizio Motta

Alcune proposte per fornire adeguati strumenti ai decisori impegnati nei servizi locali

Oggetto di questa riflessione è l'assistenza tutelare sociosanitaria ai non autosufficienti, ossia le prestazioni per garantire le funzioni della vita quotidiana: per la cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi) e dell'ambiente (fare la spesa, cura della casa). L'utenza è dunque di norma in condizioni di non autosufficienza cronicizzata, dove alla fase di acuzie è subentrata l'esigenza di lungo assistenza continuativa; e la qualità della vita non dipende da interventi sanitari (sebbene possano essere indispensabili quando appropriati), bensì dalla possibilità di non essere soli nell'essere vestiti, nel nutrirsi, nel lavarsi, nel muoversi. Non sono dunque oggetto della riflessione gli interventi di natura sanitaria comunque denominati (attività infermieristiche, mediche, riabilitative, esami e prelievi). Precisare "di quale assistenza" si discute non è irrilevante perché molte parole chiave hanno significati diversi in diversi territori: "ADI" o "Assistenza domiciliare" descrivono oggetti ineguali

in differenti Regioni; e lo stesso accade per termini che indicano specifiche prestazioni, come "assegno di cura", "voucher", "buono servizio". Inoltre l'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitari è messa in opera dalle Regioni con modalità anche radicalmente differenti.

La riflessione che qui si propone poggia su questo giudizio della situazione attuale:

a) negli ultimi anni si è ampliata l'offerta del *welfare* pubblico per la non autosufficienza, e sono in particolare cresciute le attenzioni all'assistenza domiciliare, in seguito al mix di diversi eventi: l'attuazione dei livelli essenziali sociosanitari, il rapido aumento dell'utenza, la diffusione del lavoro di cura e delle badanti, e non ultima la crescita della propensione delle famiglie a mantenere nella propria abitazione chi diventa non autosufficiente¹. Sistemi di offerta che tuttavia negli ultimi anni riducono le prestazioni per la carenza di risorse.

b) Sono divenuti operativi flussi di raccolta delle informazioni sulle offerte del *welfare*, inclusi quelli che dal livello locale convogliano dati alle Regioni e poi ai Ministeri. Ma nei *report* più diffusi e nei dati utilizzati, soprattutto a livello nazionale, si riscontrano:

- una ancora inadeguata produzione di informazioni che siano davvero utili per monitorare e governare, ossia per fare previsioni, valutare, decidere;
- lacune e criticità dei flussi utilizzati per raccogliere informazioni, specie a livello nazionale;
- un sottoutilizzo degli strumenti concettuali della statistica sociale e dell'epidemiologia, che potrebbero servire per costruire indicatori più eloquenti ed esplicativi dei fenomeni da indagare.

c) Di conseguenza sarebbe opportuno mettere a fuoco miglioramenti da costruire almeno in queste tre aree:

- individuare e socializzare le

“questioni cruciali” da illuminare meglio, ossia “quali sono le domande che è più utile farsi”; in particolare sui sistemi di assistenza domiciliare in un territorio, per poter (proprio in periodi di crisi) fare scelte fondate su dati concreti;

- quali potrebbero essere i modi e le forme più utili per rappresentare le informazioni;
- come orientare a questi fini i sistemi informativi ed i flussi di dati.

Un sintomo dell’ancora inadeguata diffusione di informazioni articolate è la constatazione dell’utilizzo quasi esclusivo di due dati: la percentuale di anziani utenti di assistenza domiciliare integrata e il numero medio di ore annue di assistenza (si veda la tabella 1).

a) Il primo è considerato un indice che descrive la copertura di servizio nei diversi territori, ma questa conclusione non è del tutto affidabile: la stessa percentuale di utenza in due territori non descri-

ve quanti sono quelli che non riescono a ricevere prestazioni (valore che potrebbe essere zero in un territorio e alto nel secondo), né esiste un “valore standard” validato che rappresenti una copertura adeguata da raggiungere.

b) Il secondo vorrebbe descrivere l’intensità di assistenza assicurata; ma la permanenza a casa di un non autosufficiente è un campo affollato di variabilità (modifiche nella possibilità di assistenza diretta delle famiglie o per l’acquisto di assistenza oltre a quella pubblica, modificazioni entro l’anno delle condizioni dell’anziano), e dunque la media di ore di servizio annue rischia di essere troppo generica e non esplicativa.

E non va trascurato che “ADI” identifica servizi che possono essere diversi nelle diverse Regioni, con tendenza ad includere prestazioni sanitarie (in particolare infermieristiche) e non solo quelle sociosanitarie di tutela nella lungoassistenza. Sembra dunque opportuno miglio-

rare la riflessione sulle informazioni per monitorare e governare l’assistenza domiciliare dei non autosufficienti². Ma quali sono “le domande” importanti a questo fine? Ossia che cosa sarebbe utile poter conoscere meglio, a quali scopi e come, nel territorio di una Regione, od una Azienda Sanitaria o un Comune? E che cosa si può migliorare? Senza alcuna pretesa di esautività proviamo ad aprire 11 temi con attenzione a fonti dei dati che non consistano in ricerche *ad hoc* (difficilmente ripetibili) ma in sistemi gestionali correnti.

1) Quanti sono i non autosufficienti in un territorio?

1.1) A che cosa serve questa informazione?

Stime quantitative della non autosufficienza potrebbero aiutare nel monitorare la progressione del fenomeno e prevedere bisogni da fronteggiare; che il welfare pubblico riduca per carenza di risorse le prestazioni nulla influisce sui problemi che generano esigenze assistenziali, caso mai producendo nelle famiglie la ricerca di soluzioni autonome per crescente sfiducia sugli esiti degli accessi ai servizi pubblici. Dunque per i governi e servizi locali conoscere le dimensioni della domanda potenziale conserva rilievo, e se non per programmare l’evoluzione dei possibili interventi (ove questa strada sia bloccata dai limiti finanziari), almeno per valutare l’impatto sociale del rapporto tra domanda crescente e offerta calante. Tuttavia misure quantitative “macro” della non autosufficienza (“quanti sono i non autosufficienti”) sono troppo grossolane; per stimare le richieste al welfare sarebbe più utile disaggregare un ge-

La percentuale di anziani assistiti in ADI è ad esempio l’unico che viene utilizzato in due importanti monitoraggi nazionali:

- 1) Il “Rapporto di verifica sugli adempimenti LEA” del Ministero della Salute, che controlla come le diverse Regioni raggiungono obiettivi e standard che dimostrano il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. La “Griglia LEA” (l’elenco degli indicatori che si applicano alle Regioni) richiede per l’assistenza sociosanitaria agli anziani solo la percentuale di ultra 65enni trattati in ADI (valore ottimale maggiore/uguale al 4%), e il n° di posti in strutture residenziali ogni 1000 anziani (valore ottimale: maggiore/uguale a 10). E si tratta di un set di indicatori che producono importanti effetti di governo, perché alle Regioni che risultano inadempienti (ossia con un eccessivo numero di dati mancanti o inferiori alle soglie previste) viene ridotto il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale*.
- 2) Il Ministero dello Sviluppo Economico ha fissato “obiettivi di servizio” per le Regioni del mezzogiorno su diversi temi di sviluppo e coesione sociale; sulla non autosufficienza è prevista (Indicatore S.06) la percentuale di anziani trattati in ADI rispetto a tutti gli anziani con più di 65 anni (con l’obiettivo del 3,5% nel 2013), nonché l’incidenza del costo dell’ADI rispetto al totale della spesa sanitaria. I dati (aggiornati al 2011) sono pubblicati sul sito del Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica**.

*] Il Rapporto per il 2011 ha registrato 8 Regioni adempienti e 8 non adeguate. Ministero della Salute “Verifica adempimenti LEA 2011”.

**] L’Istat ha reso consultabile *on line* la “Banca dati indicatori territoriali per le politiche di sviluppo”, che contiene 206 indicatori su tematiche diverse.

nerico attributo di non autosufficienza o cronicità esplorando meglio gradi e forme di disabilità che esigono diversi supporti. E la fonte più adatta allo scopo paiono le valutazioni con scale multidimensionali che indagano le residue capacità della persona (“che cosa sa fare senza aiuti”) più che le patologie che le hanno causate.

1.2) Come costruire l'informazione?

Non sono poche le stime sul numero dei non autosufficienti e sulle previsioni per il futuro³. Tuttavia ricavare l'informazione da sistemi gestionali funzionanti in continuo o da rilevazioni stabilmente ripetute implica misurarsi con queste difficoltà:

- la non omogeneità del concetto di non autosufficienza e degli strumenti per valutarla, poiché sono in uso scale valutative e criteri differenti, anche formalizzati nelle normative per erogare prestazioni; ad esempio per valutare l'accesso alle indennità di accompagnamento oppure in una valutazione entro una UVG;
- la diversità dei modi con i quali viene rilevata la non autosufficienza: dall'autopercezione dichiarata direttamente dalle persone (ad esempio nelle indagini campionarie ISTAT), a diagnosi e punteggi attribuite da esperti tecnici (come nelle valutazioni delle UVG); con evidenti diversi possibili esiti;
- il fatto che la non autosufficienza non è sempre condizione stabile e definitiva: alcune tipologie sono soggette a mutamenti rilevanti, e la riduzione dell'autonomia di-

pende anche dai contesti familiari e sociali della persona.

Dunque alla domanda “quanti sono gli anziani non autosufficienti in un territorio?” si può rispondere:

- A) con i dati delle rilevazioni campionarie nazionali rivolte a tutta la popolazione, come le indagini periodiche multiscopo ISTAT, o “Passi d'Argento” (indagine periodica promossa dall'Istituto Superiore di Sanità), ma con i loro limiti strutturali di essere solo una stima campionaria, ed essere fondate su una autopercezione della propria condizione riferita dagli anziani intervistati;
- B) oppure, se si considerano i richiedenti-beneficiari di prestazioni, occorre considerare che servizi diversi utilizzano per differenti prestazioni una non autosufficienza che è diversamente misurata. A questo scopo possono essere utilizzati i dati delle fonti descritte nella tabella 2.

Ma l'uso delle fonti della tabella 2 implica almeno queste attenzioni:

- a) Ogni gestore ha propri sistemi informativi, sia locali (di Azien-

de Sanitarie e Comuni), sia statali (Inps, Inail, ecc.) che tra di loro non presentano adeguate connessioni; dunque è impossibile “contare una volta sola le teste” dei non autosufficienti, cioè ricavare il loro numero indipendentemente dall'intervento che ricevono; si possono solo conteggiare i beneficiari degli interventi di ciascun singolo Ente o servizio, con ovvie ripetizioni della stessa persona presente in più servizi.

- b) Molte di queste basi dati sono archivi nazionali centralizzati, con poca o nulla flessibilità locale, che non prevedono di routine restituzioni di dati ai Comuni o alle Aziende Sanitarie (ad esempio gli archivi Inps, i flussi Istat, e anche Far e Siad)⁴.
- c) È verosimile che sia presente in modo non irrilevante il fenomeno di famiglie con non autosufficienti che nemmeno richiedono interventi sociosanitari pubblici; ad esempio scarsa fiducia sulle possibili risposte, o per rifiuto del pagamento di contribuzioni.

- 1) Servizi interni alle Aziende Sanitarie (come Unità Valutative Multidimensionali, Cure domiciliari, Servizi per protesi ed ausili, Servizi riabilitativi).
- 2) Servizi locali integrati delle Aziende Sanitarie e/o degli Enti gestori dei servizi sociali: per i Punti Unici di Accesso/Sportelli unici, per la gestione delle cure domiciliari e degli interventi sociosanitari.
- 3) Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).
- 4) INPS (beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni/asseggni di invalidità, dei congedi dal lavoro per parenti di non autosufficienti che assistono il congiunto). Ed INAIL (inabilità derivanti da infortuni sul lavoro).
- 5) Agenzia delle Entrate (agevolazioni fiscali per la presenza di un non autosufficiente).
- 6) Flussi informativi nazionali sulla non autosufficienza ossia SIAD (sugli utenti di assistenza domiciliare, con dati prodotti da ASL e Comuni), e i due flussi che tutti i gestori di strutture residenziali per non autosufficienti devono inviare alle Regioni: la rilevazione per l'ISTAT su strutture e ricoverati (con cui ISTAT costruisce i rapporti sulla “Assistenza residenziale e socioassistenziale in Italia”) e il flusso assistenza residenziale (FAR), una scheda individuale dei ricoverati nell'anno solare.
- 7) Flussi di dati che annualmente gli Enti gestori dei servizi sociali inviano alle Regioni e all'ISTAT nell'ambito della “Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati”, che evidenzia anche gli anziani non autosufficienti.

Tabella 2 – Possibili fonti di dati sulle persone non autosufficienti, da sistemi gestionali operanti in continuo

1.3) Che cosa cercare di migliorare?

a) Nelle rilevazioni campionarie rivolte a tutta la popolazione (come le indagini periodiche Istat o “Passi d’Argento”):

- articolare meglio la rilevazione dei “bisogni di assistenza”, e ridurre le possibili deformazioni derivanti da risposte fondate solo sull’autopercezione dell’intervistato (ad esempio indagando con criteri più simili alle scale valutative multidimensionali);
- migliorare la restituzione ai livelli locali (Comuni e Aziende Sanitarie) dei dati elaborati.

b) Nell’uso dei dati relativi a richiedenti e beneficiari:

- introdurre una valutazione unitaria della non autosufficienza utilizzabile in modo condiviso per più prestazioni e in più servizi, e mirata ad evidenziare “capacità residue” e “bisogni di tutela”. Ed è un importante obiettivo di riordino del sistema per la non autosufficienza, non rilevante solo per i sistemi informativi ma anche per semplificare i percorsi dell’utenza;
- muovere verso una robusta connessione ed interoperabilità dei diversi sistemi informativi coinvolti, che non solo consentirebbe di ricavare dati sulle persone anche indipendentemente dagli interventi, ma ridurrebbe costi, ripetizioni ed errori. Su questo punto merita ricordare che l’art. 16 (comma 3) del “decreto semplificazioni” del governo Monti⁵ prevede che i dati sui singoli non autosufficienti relativi alle condizioni e agli interventi sociali e sociosanitari a cura di enti pubblici confluiscono presso l’INPS, che ne cura l’inte-

grazione con i dati dei propri archivi e con quelli del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), proprio per facilitare il coordinamento tra prestazioni e la programmazione integrata delle politiche socio-sanitarie. Questa prospettiva è tutta da costruire e di grandissimo rilievo, purché ne derivino ricadute utili anche per Aziende Sanitarie e Comuni;

- aumentare le possibilità per i livelli locali (Comuni e Aziende sanitarie *in primis*) di accedere con facilità a dati gestiti da Enti nazionali. Ad esempio Agenzia delle Entrate ed Inps (ad esempio Inps sta sviluppando il proprio progetto “Open Data”, per migliorare le modalità per rendere disponibili dati sulle proprie prestazioni⁶ intendimento col quale i governi locali potrebbero interagire);
- presentare sempre (ad esempio anche solo utilizzando i dati dei valutati in UVG) sia il totale dei valutati in un anno (prevalenza) che i soli nuovi casi valutati per la prima volta (incidenza). Il trend dei due dati, lo *stock* totale e il solo flusso di nuovi casi, informano infatti su eventi diversi.

2) Quanti sono gli anziani del territorio ricoverati in strutture residenziali? E il fenomeno del ricovero scende o cresce?

2.1) A che cosa serve questa informazione?

Chiedersi come varia il ricovero degli anziani non autosufficienti può fornire spunti per diversi scopi:

- monitorare il *trend* della prevalenza dei ricoverati sui residenti di pari età (la % dei ricoverati rispetto a tutti gli anziani), non-

ché il flusso dei “nuovi ricoverati nell’anno”, per riflettere su mutamenti più o meno stabili del ricorso al ricovero e sulle sue cause (maggiori/minori risorse proprie delle famiglie? Maggiore/minore efficacia dell’assistenza domiciliare?);

- dedurre stime sui fabbisogni di posti letto e sulla loro localizzazione.

2.2) Come costruire l’informazione?

Il flusso informativo nazionale FAR (citato in tabella 2) può produrre informazioni di dettaglio sulle condizioni di non autosufficienza degli anziani ricoverati in struttura residenziale, ma ha il limite di includere solo gli anziani non autosufficienti ricoverati dopo che la loro Azienda Sanitaria ha autorizzato l’inserimento in posti letto convenzionati, assumendosi così l’onere del pagamento di parte della retta. Nel flusso FAR non sono dunque rilevati gli anziani ricoverati con pagamento a loro carico dell’intera retta, e questa platea di ricoverati è in crescita negli ultimi anni, soprattutto perché le famiglie si vedono costrette a utilizzare posti letto a totale loro carico, non potendo aspettare l’inserimento attivato dalle Aziende Sanitarie, le quali pur in presenza di posti letto liberi non hanno risorse finanziarie per sostenere parte del costo della retta. Invece i dati raccolti con la scheda annuale Istat “Assistenza residenziale e socio assistenziale” riportano il numero di ricoverati indipendentemente da questi diversi percorsi di inserimento, ma presentando solo i presenti al 31 dicembre.

Per costruire indicatori più vicini alle diverse dimensioni che compongono il fenomeno “ricovero in struttura residenziale” occorrereb-

be dunque migliore attenzione a questi aspetti:

- poter conteggiare tra i ricoverati anche coloro che sono totalmente paganti in proprio, che il flusso FAR non considera, mentre la rilevazione annuale Istat li quantifica ma senza indicarne l'incidenza, ossia i nuovi casi accolti nell'anno;
- tener presente che presso le Aziende Sanitarie di norma esiste una lista d'attesa degli anziani già valutati UVG che hanno presentato richiesta di ricovero in RSA, che restano in tale lista appunto in attesa che l'Azienda autorizzi un ricovero assumendosi parte della retta. Gli anziani sono dunque in questa lista solo perché non è possibile un inserimento in struttura, e sarebbe corretto considerarli inclusi tra i ricoverati poiché lo diventerebbero subito se solo vi fosse la disponibilità. Tuttavia tra gli anziani in lista d'attesa per il ricovero si trovano anche persone che hanno presentato quella richiesta a scopo precauzionale, e che rinunciano poi all'inserimento in struttura quando il posto diventa disponibile. Pertanto per considerare il dato dei "presenti in lista d'attesa" come equivalente a "ricoverati se solo vi fosse il posto libero" è necessario depurarlo della stima di coloro che non transiterebbero da una condizione all'altra;
- per rispondere alla domanda "quanti anziani del territorio sono ricoverati in strutture residenziali per non autosufficienti" occorre poter conteggiare anche gli anziani che sono ricoverati fuori dal territorio ma da esso provenivano, dato che dal flusso FAR sarebbe ricavabile, ma che la scheda Istat sui presen-

ti al 31 dicembre non individua (perché se il ricoverato proviene da una Azienda Sanitaria Locale diversa da quella dov'è la struttura non si rileva quale sia). Al di là dei motivi del loro ricovero fuori territorio concorrono infatti a dimensionare il volume degli abitanti inseriti in strutture.

Una vista completa sulle dimensioni del ricovero dovrebbe perciò includere tutte le situazioni qui citate da usare come numeratore della proporzione rispetto a tutti gli anziani che potrebbero essere ricoverati, con la forma descritta nella tabella 3.

2.3) Che cosa cercare di migliorare?

- a) I flussi già attivi di dati prodotti da tutti i gestori di strutture residenziali (FAR e rilevazione ISTAT), per consentire di individuare utenti entrati, usciti e presenti nell'anno anche se paganti in proprio e attribuendo loro il Comune di provenienza;
- b) far convergere in un indicatore complessivo anche gli anziani in lista d'attesa per ricovero;

c) rendere visibili le elaborazioni sia della prevalenza dei ricoverati (tutti i presenti nell'anno) che della incidenza (i nuovi ricoverati); e ciò implica nelle basi dati poter estrarre i "nuovi casi", ossia coloro che non erano beneficiari di interventi prima di una certa data.

3) È l'assistenza domiciliare che fa diminuire i ricoveri in strutture residenziali?

3.1) A che cosa serve questa informazione?

Negli ultimi decenni normative e politiche per la non autosufficienza degli anziani hanno enfatizzato l'obiettivo di costruire offerte per far crescere l'assistenza a domicilio, e ridurre in conseguenza di questa azione il ricorso al ricovero in struttura residenziale. Ma è quasi impossibile trovare, sia in letteratura che nella reportistica dei servizi, indicatori che aiutino a comprendere se e come ciò si è verificato; ossia che aiutino a indagare se all'aumento delle offerte di domiciliarità è corrisposta una ridu-

$$X + Y + Z$$

per 100

Tutti gli anziani che nel periodo potevano essere ricoverati
(media dei residenti tra inizio e fine dell'anno)

DOVE:

X = anziani ricoverati in posti accreditati e con parte della retta a carico dell'Azienda Sanitaria, inclusi i ricoverati fuori territorio ma da esso provenienti.

Y = anziani ricoverati a totale loro carico inclusi i ricoverati fuori territorio ma da esso provenienti.

Z = anziani in lista d'attesa per il ricovero (depurati della % di richieste che hanno presunto scopo solo cautelativo).

E dove il denominatore può consistere in:

– tutti gli anziani residenti (di pari età con quelli al numeratore), se si cerca un tasso dei ricoverati sui residenti;

– tutti gli anziani valutati non autosufficienti in UVG, se si cerca un tasso dei ricoverati solo rispetto ai non autosufficienti.

Inoltre sarebbe interessante costruire l'indicatore descritto con riferimento sia alla prevalenza dei casi (ossia ponendo al numeratore "tutti i ricoverati" nell'anno) che alla incidenza (ossia ponendo al numeratore solo i "nuovi ricoverati nell'anno").

Tabella 3 – Un indicatore che descrive gli anziani non autosufficienti ricoverati di un territorio

zione degli inserimenti in struttura residenziale.

3.2) Come costruire l'informazione? Una possibile approssimazione a questa conoscenza potrebbe derivare dal confronto in anni successivi di questi indicatori:

- la prevalenza degli utenti di assistenza domiciliare (totale assistiti nell'anno diviso totale anziani residenti di pari età) e dei ricoverati (totale ricoverati nell'anno diviso anziani residenti di pari età);
- la corrispondente incidenza di utenti in domiciliarità (nuovi assistiti nell'anno diviso totale anziani residenti di pari età) e dei ricoverati (nuovi ricoverati nell'anno diviso anziani residenti di pari età).

E rappresentare in un grafico questi dati (presentato in tabella 4 con valori del tutto ipotetici) può consentire di leggere i trend con più immediatezza

Questa vista potrebbe suggerire se e come il “fenomeno ricovero” è variato al crescere del “fenomeno domiciliarità”; e confermare o smentire ad un evento atteso: al crescere della percentuale di anziani non autosufficienti sui residenti che entrano in domiciliarità

(l'incidenza) dovrebbe corrispondere diminuzione dell'incidenza degli anziani che richiedono residenzialità. Tuttavia indagare questo legame implica almeno alcune cautele metodologiche:

- a) il fenomeno “ricovero” può essere indagato considerando il numero di chi ha richiesto l'inserimento in struttura o il numero dei ricoverati. Il trend delle richieste può essere un più efficace indicatore di mutamento della necessità di ricovero (che quindi ha più relazione col crescere della domiciliarità), ma dovrebbe includere anche i casi di anziani che si sono ricoverati autonomamente, senza intervento delle Aziende Sanitarie, o ricoverati fuori dal territorio. I “ricoverati” devono quindi essere conteggiati come si è evidenziato nel precedente paragrafo 2). Se si usa invece la prevalenza dei ricoverati (tutti i presenti in ricovero) si deve scontare la presenza in questo numero anche di anziani che vivono in struttura da molto tempo, prima che si attivassero i servizi di domiciliarità con i quali si desidera effettuare il confronto; meglio quindi utilizzare solo i nuovi casi entrati in struttura se si vuole

indagare come evolve l'esigenza di ricovero;

- b) un presupposto del confronto è che la popolazione degli anziani ricoverati sia analoga a quella degli assistiti a domicilio, e dunque che la domiciliarità sia davvero una alternativa alla residenzialità per persone in condizione comparabile quanto a non autosufficienza ed esigenze assistenziali. E questo aspetto merita approfondimenti, stante che non raramente la domiciliarità è situazione assistenziale che dopo un certo tempo può evolvere in richiesta di ricovero in struttura;
- c) assumere un legame causale tra “aumento della domiciliarità” e “riduzione del ricovero” può contenere trappole interpretative e presunzioni non fondate. Infatti in presenza di una contemporanea crescita degli utenti in domiciliarità e diminuzione delle richieste di ricovero va considerato che quest'ultima può derivare anche da diverse altre cause come lo scoraggiamento delle famiglie per i tempi lunghi in lista d'attesa. E il confronto deve tener conto del fatto che siano intervenute eventuali limitazioni negli accessi alle prestazioni di domiciliarità.

Ma le pur significative difficoltà a costruire indicatori del tipo indicato non dovrebbero scoraggiare dal tentarne un approfondimento.

3.3) Che cosa cercare di migliorare?

- a) presentare i dati degli assistiti in domiciliarità e dei ricoverati in serie storiche comparabili (incidenza e prevalenza, riferiti allo stesso territorio di origine);
- b) utilizzare non solo il dato dei “ricoverati”, ma anche dei “richiedenti il ricovero”, secondo i criteri descritti nel paragrafo 2.

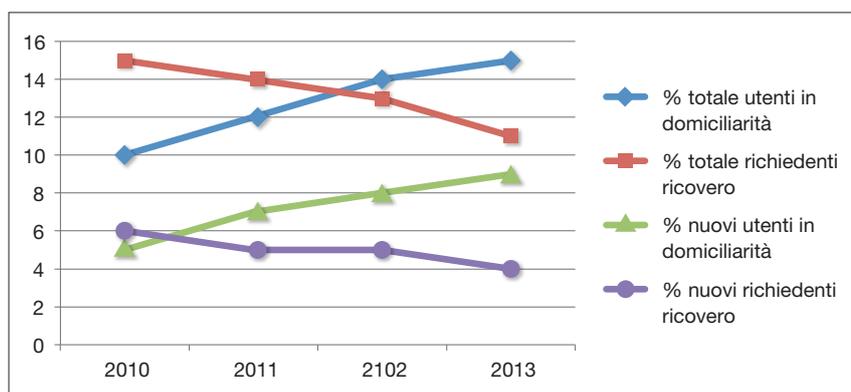


Tabella 4 – Trend dei non autosufficienti ricoverati e assistiti a casa

4) Quando l'assistenza domiciliare è più efficace? Quanto dura e perché finisce?

4.1) A che cosa serve questa informazione?

Porsi queste domande può servire ad indagare diversi percorsi:

- a) Quanto, quando e perché la domiciliarità non evita il ricovero dell'anziano non autosufficiente in struttura residenziale, ma è solo una fase che lo precede, che poi "non regge" nel tempo.
- b) In diversi territori un punto di forza dell'assistenza domiciliare tutelare consiste nel poter scegliere con la famiglia tra una gamma di possibili interventi, dal contributo economico alle famiglie che curano, all'assegno di cura per assumere badanti, a buoni servizio per ricevere lavoro domiciliare da fornitori accreditati, all'affidamento a volontari. Questa articolazione è per gli utenti un indubbio valore del sistema⁷, ma sarebbe interessante poter capitalizzare le evidenze su quali prestazioni risultano più efficaci ed appropriate a fronte di quali situazioni, sia dell'anziano che della sua rete familiare⁸. E non solo per identificare buone pratiche, ma anche perché non si può escludere la possibile presenza di interventi poco appropriati, in conseguenza di possibili comportamenti opportunistici delle famiglie, o di debolezze dei servizi a definire il piano di assistenza, o di inerzie ed abitudini nei comportamenti professionali.
- c) Informazioni che descrivono la durata della permanenza in assistenza domiciliare, ed i tassi di uscita (per decesso o altro evento) possono essere utili a diversi scopi:
 - Gestionali: l'autorizzazione

ad attivare interventi su nuovi anziani che sono in lista d'attesa è subordinata anche alla stima di quante risorse economiche saranno impegnate dai fruitori nell'intero anno. Ma il *budget* previsto a preventivo va confrontato col costo annuale degli utenti detraendo il costo che non sarà più da sostenere per coloro che usciranno dall'assistenza entro l'anno.

- Di valutazione degli interventi e ricerca di appropriatezza: ove si abbia evidenza che l'assistenza domiciliare ha effetti positivi (identificabili con una sua maggior durata) quando a specifiche tipologie di utenza si abbinano specifici piani assistenziali e interventi.

4.2) Come costruire l'informazione?

- a) Una prima fonte può essere l'analisi dei "motivi di chiusura" degli interventi domiciliari, per interrogarsi su quali cause con più frequenza conducono ad una situazione nella quale l'assistenza al domicilio diventa insufficiente innescando una richiesta di ricovero; cause che possono avere fondamenti diversi: dall'aggravamento delle condizioni soggettive dell'anziano, al crollo delle capacità di assistenza dei familiari (sia per accumulo di fatica e stress sia per impoverimento).
- b) Il campo di analisi vede l'intreccio di diversi fattori concomitanti e che possono mutare nel tempo, quali le condizioni dell'utente o dei familiari, le variazioni forzate delle prestazioni, la fruizione o meno di altri interventi non sociosanitari (come l'indennità di accompagnamen-

to). Il tentativo di mettere in relazione "le condizioni dell'utente" con "l'efficacia dei diversi interventi" non deve perciò essere rozzo, e richiede:

- la registrazione nel sistema informativo che gestisce gli utenti delle diverse variabili citate (condizioni dell'utente, del suo contesto, prestazioni attivate) nonché la loro storizzazione nel tempo.
 - l'utilizzo di metodiche fondate su analisi multifattoriali, capaci di isolare le relazioni significative escludendo i fattori che le possono confondere.
- c) Le "durate" meritano di essere esaminate con apposite rappresentazioni, più oltre citate al paragrafo 7.2).

4.3) Che cosa cercare di migliorare?

- a) Puntare ad una base dati dei percorsi di assistenza domiciliare che includa la registrazione di possibili diversi "motivi di chiusura" dell'intervento, e che consenta di abbinare i casi alle diverse prestazioni ricevute, nonché alle eventuali variazioni del grado di non autosufficienza (ad esempio un aggravamento ricavabile da una rivalutazione in UVG). In merito ad esempio il flusso SIAD non permette di registrare gli interventi diversificandoli in modo adeguato alle prestazioni presenti in molti territori (ad esempio tra assegni di cura, buoni servizio da usare presso fornitori, contributi alla famiglia che assiste, affidi a volontari). La soluzione migliore (e peraltro l'unica che permette analisi longitudinali nel tempo) è la registrazione di questi dati nei sistemi informativi gestionali, che gli operatori devo-

no usare per realizzare gli interventi. Una alternativa possibile (ma più precaria) è allestire un apposito *follow up* che verifichi gli esiti dopo un congruo numero di mesi di assistenza domiciliare.

- b) Alcuni lavori hanno esaminato le differenze di mortalità e di ricovero ospedaliero tra anziani non autosufficienti fruitori di assistenza domiciliare e non fruitori⁹. Tuttavia l'effetto di ridurre mortalità e ricoveri ospedalieri è soprattutto attribuibile a cure sanitarie domiciliari, e quasi per nulla è invece prodotto dall'assistenza sociosanitaria tutelare, che certo migliora le condizioni di vita ma meno incide sulle patologie. Dunque sarebbe utile un investimento anche di pensiero scientifico più specificamente mirato all'esame degli esiti dell'assistenza tutelare non sanitaria.
- c) Il Ministero della salute, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ha individuato un set di indicatori sull'assistenza domiciliare per non autosufficienti, ricavabili dal flusso SIAD più volte citato¹⁰. In tabella 5 se ne elencano alcuni interessanti, ed i relativi limiti.

5) Quanto e come è accessibile il sistema di offerte sociosanitarie?

5.1) A che cosa serve questa informazione?

Monitorare l'accessibilità può aprire più oggetti di interesse e richiede analisi diverse:

- a) I tempi di attesa, e articolati nelle diverse fasi che compongono l'itinerario dell'utente nel servizio: dalla prima richiesta al ricevere una valutazione, all'ottenere almeno un intervento minimale, al piano di assistenza più completo. Considerando le forti difficoltà del sistema pubblico nell'offrire interventi compatibili con i bisogni degli utenti, questa informazione è ovviamente molto delicata se oggetto di comunicazione pubblica; è tuttavia rilevante sia per chi deve monitorare il sistema per gestirlo, sia per muovere verso una più ampia trasparenza delle informazioni accessibili per i cittadini¹¹.
- b) Avere nozione della dimensione di utenti (e famiglie) che non iniziano nemmeno il percorso di valutazione in UVG, perché consapevoli che sarà poi molto difficile ricevere prestazioni. Ed un sistematico monitoraggio degli

utenti che abbandonano il percorso e per quali motivi.

- c) Potersi accorgere se vi sono domande presentate ai servizi per le quali "nessuno è competente a rispondere", ossia che il sistema è impreparato a fronteggiare.
- d) Sorvegliare se ai servizi non arrivano proprio gli utenti con maggiori difficoltà e minori risorse autonome; ossia se operano indesiderati effetti "controdistributivi": rischi di eventuali ostacoli all'accesso degli utenti più deboli e senza strumenti.
- e) Osservare se non vengono adeguatamente intercettati non autosufficienti stranieri, anche per autoesclusione delle famiglie dall'accesso, sia per la scarsa propensione a rivolgersi ai servizi sia per il timore di sanzioni se irregolarmente presenti.
- f) Gli interventi sociosanitari, sia domiciliari che residenziali, prevedono che l'utente contribuisca al costo pagando una parte della prestazione, in base alle sue condizioni economiche. I criteri che governano questi meccanismi sono (purtroppo) molto diversi nelle differenti Regioni, ma questa tematica merita un monitoraggio per interrogarsi:

– sul fatto che il sistema operi per "offrire di più a chi ha di meno", ossia a controllare che gli effetti selettivi dei criteri di accesso agli interventi, e di contribuzione, non penalizzino in modo imprevisto famiglie ed anziani più deboli. Un nodo insidioso consiste ad esempio nella situazione degli anziani che possiedono case di abitazione di una certa dimensione ma non redditi adeguati, e non

- a) Indicatore B1: distribuzione degli utenti presi in carico, per loro patologia prevalente
 b) Indicatore B3: durata media tra "primo accesso dell'utente" e sua "presa in carico"
 c) Indicatore B4: durata media dell'effettiva assistenza domiciliare
 d) Indicatore P1: numero di presi in carico distribuiti per intensità assistenziale
 e) Indicatore A4: percentuale di piani di assistenza chiusi per cessazione delle necessità assistenziali
 f) Indicatore "giornate di cura": durata media dalla "presa in carico" alla conclusione dell'assistenza.
- Oltre al limite citato dell'esclusione da SIAD di diversi interventi sociosanitari, sarebbe utile migliorare:
- la diffusione delle elaborazioni prodotte per questi indicatori
 - la verifica della loro utilità (o integrabilità) rispetto alle "domande" che in questo articolo si tenta di mettere a fuoco.

riescono a trasformare il patrimonio (il cui alto valore implica un'alta contribuzione al costo dei servizi) in reddito spendibile;

- sulle dimensioni (e le motivazioni) degli utenti e famiglie che rifiutano di presentare autocertificazione della loro condizione economica, oppure rifiutano di pagare la contribuzione. Dato che può essere utile per valutare se questi comportamenti sono eventualmente influenzati anche da procedure dei servizi o da criteri erogativi poco adeguati.

5.2) Come costruire l'informazione? Questi bisogni di conoscenza richiedono:

- la presenza nei sistemi informativi di dati che consentano elaborazioni quantitative, includendovi quelle connesse alla contribuzione ai costi da parte degli utenti ed ai loro effetti, ed alle uscite dal percorso prima dell'avvio degli interventi;
- l'attenzione a raccogliere informazioni più qualitative, ad esempio socializzando in modo sistematico le "richieste dell'utenza che mettono in crisi" e gli eventi sentinella sintomi di criticità.

5.3) Che cosa cercare di migliorare

- la registrazione delle diverse fasi (con relative date) del percorso dell'utente;
- una sistematica reportistica che dia conto dei fattori che inducono i "mancati ingressi" in assistenza e gli "abbandoni prima dell'intervento" di persone che pure potrebbero chiedere prestazioni in quanto non autosufficienti.

6) Come risponde il sistema della domiciliarità ai volumi di richieste?

6.1) A che cosa serve questa informazione?

Oltre a monitorare i volumi di eventi nei periodi (richieste pervenute, non accolte, interventi totali in corso, nuovi attivati, terminati) queste informazioni possono descrivere relazioni significative:

- Rapporto tra nuove richieste e nuovi interventi attivati: ossia un bilancio tra incidenza della domanda e capacità dell'offerta.
- Rapporto tra nuove richieste e richieste non accolte: può indagare i motivi di non accoglienza delle richieste, anche se le richieste che risultano non accolte in quel periodo non sono tutte riferite alle nuove presentate nello stesso periodo.
- Rapporto tra nuovi interventi attivati ed interventi chiusi: è un indice di rotazione delle prestazioni. Se si considerano le persone beneficiarie (e non gli interventi, giacché ogni persona può fruire di ripetuti interventi), si delinea un indice di ricambio dell'utenza in quella prestazione.
- Rapporto tra nuovi fruitori di interventi e totale dei fruitori: è l'incidenza dei beneficiari di nuovi interventi sul totale della prestazione, il "gettito" di nuovi utenti.

6.2) Come costruire l'informazione?

Oltre ai dati relativi all'accessibilità indicati al punto precedente, potrebbe essere suggerita la costruzione di un profilo come quello in tabella 6 (qui presentato solo come esempio, con valori del tutto ipotetici).

La natura dinamica nel tempo dei dati da trattare impone che siano ricavabili dai sistemi gestionali correnti in uso nei servizi per registrare richieste ed interventi. Richiede inoltre di poter estrarre i "nuovi casi" nel periodo (richieste ed interventi) oltre al totale dei trattati, requisito del sistema che già più volte si è segnalato come rilevante.

6.3) Che cosa cercare di migliorare

- Le informazioni incluse di *routine* nei sistemi informativi gestionali, anche potenziando la connessione tra diversi sistemi/servizi interagenti nella sequenza "richieste/interventi".
- Affinare i dati sui quali riflettere, ad esempio confrontando utenza di pari esigenze assistenziali.

7) Che cosa accade entro la filiera dalla prima richiesta di valutazione alla fruizione degli interventi

7.1) A che cosa serve questa informazione?

Il percorso del non autosufficiente

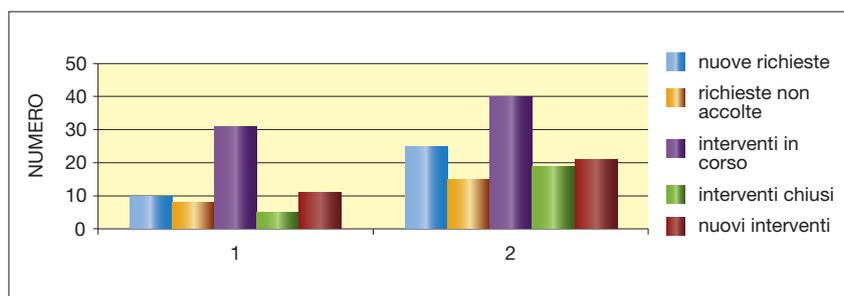


Tabella 6 – Richieste/interventi di assistenza domiciliare: nuovi, chiusi, in corso. Dati nei semestri 1 e 2

che ha esigenze di interventi socio-sanitari (domiciliari, diurni o residenziali) segue diverse tappe: la richiesta di accesso, la valutazione in UVG, la definizione del Piano di assistenza e l'autorizzazione alla spesa relativa, l'avvio degli interventi, l'eventuale loro conclusione. Sorvegliare i segmenti di questo percorso può fornire indicazioni su questi aspetti:

- Quali sono le durate per gli utenti delle diverse fasi della filiera: dalla prima richiesta alla valutazione multidimensionale, all'avvio degli interventi. L'analisi delle durate può anche aiutare ad individuare eventuali obiettivi e standard di qualità: ad esempio se solo il 5% degli utenti resta in attesa per più di 50 giorni, può essere realistico assumere come obiettivo di miglioramento "tempo massimo di attesa = 50 giorni".
- Quanti utenti, e per quale motivo, non arrivano al termine del percorso; ad esempio quanti decidono prima che si giunga ad attivare un intervento, o prima che si effettui una valutazione.
- Quanti utenti già valutati richiedono (e ricevono) una rivalutazione in seguito ad un aggravamento. E di conseguenza quali dimensioni ha il peggioramento della non autosufficienza per utenti già fruitori di interventi, e quali modifiche ne derivano rispetto agli interventi.

7.2) Come costruire l'informazione? Il fenomeno delle "durate" meriterebbe di essere rappresentato con modalità più eloquenti rispetto a quelle più in uso, come le "durate medie" oppure la percentuale dei casi che si colloca entro diverse fasce di durata (tra X e Y giorni, tra Y e Z giorni, ecc.). Un buon me-

todo è l'utilizzo di una curva di sopravvivenza, un grafico che visualizza come si esaurisce nel tempo la durata di un evento per una popolazione. Un esempio è nella tabella 7.

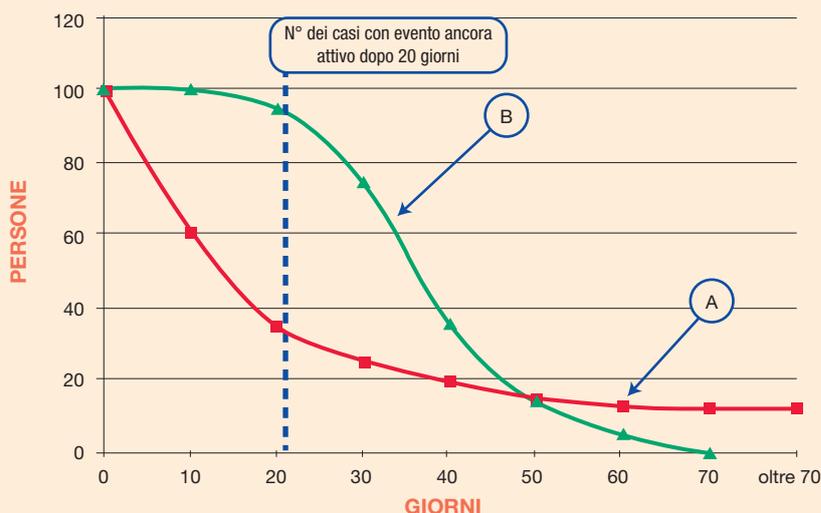
L'uso della curva presenta anche altri vantaggi rispetto ad una tabella che accorpa il numero dei casi entro fasce di durata:

- espone le variazioni in modo continuo e puntuale (si può conoscere il numero dei casi per qualunque valore delle durate, e non solo entro *range* di durate);
- evidenzia gli andamenti, come i punti di flesso e crollo, o "imbuti" di attesa, che nella tabella non è sempre possibile cogliere. E quindi permette di confrontare meglio le differenze nelle durate tra due diversi eventi (ad

esempio il tempo di attesa tra richiesta dell'utente e valutazione in UVG e quello tra valutazione in UVG e avvio degli interventi), oppure dello stesso evento in due diversi territori, o nello stesso territorio in due periodi diversi. Nella curva presentata come esempio è utile interrogarsi sui punti di flessione: perché in B le durate crollano dopo i 20 giorni? E perché in A sono quasi costanti dopo i 30 giorni? Esistono snodi organizzativi o procedurali che creano questi andamenti? O sono variazioni accettabili e attese?

- stima la probabilità che dopo un tempo X sia ancora attiva una percentuale Y di eventi (interventi ancora attivi, sopravvivenza, lista d'attesa, ecc.).

Confrontiamo 100 persone che rispetto ad un certo evento hanno avuto le durate A in un territorio e B in un altro; oppure nello stesso territorio A in un anno e B in quello successivo. Se gli esiti fossero i seguenti:



Si possono trarre queste conclusioni:

- Se la lunga durata è un fatto positivo (ad esempio la sopravvivenza in vita, o la durata di un intervento utile) è migliore la situazione B sino a 50 giorni, ma nessuno dura oltre i 70 giorni.
- Se invece la lunga durata è negativa (ad esempio una permanenza in lista d'attesa da evitare) è migliore la situazione A, salvo per gli ultimi casi che durano oltre 60/70 giorni.

Tabella 7 – Analizzare le durate con una curva di sopravvivenza

7.3) Che cosa cercare di migliorare

a) Le curve di sopravvivenza, come molti altri strumenti informativi, di per sé non spiegano nulla sulle ragioni che producono lunghe durate o punti di flessione: mostrano solo quanto e come avvengono. Indagare le cause spetta dunque a chi opera nel contesto organizzativo.

b) Per analizzare gli eventi lungo l'intero percorso dell'utente è necessario che nei sistemi informativi:

- sia tracciata con completezza l'intera filiera, registrando i momenti che definiscono inizio e fine degli eventi (ad es. data della richiesta dell'utente, data della fine istruttoria del servizio, data dell'inizio intervento, data della fine intervento, data del decesso). E che gli eventi importanti del percorso siano tra loro legati, ad esempio "richieste" ed "interventi ad essa conseguenti", potendo distinguere gli snodi cruciali (come distinguere una richiesta "ancora in istruttoria" ed una "con istruttoria terminata ed entrata in lista d'attesa");

– siano massimizzati gli automatismi che inseriscono le date importanti, evitando che ciò dipenda solo dalla registrazione degli operatori. Ad esempio prevedendo che la data di approvazione degli interventi, loro avvio e fine, sia il frutto di procedure erogative automatizzate, e che la data di decesso o emigrazione dell'utente sia importata automaticamente dalle anagrafi.

Come più volte accennato è dallo sviluppo attento dei sistemi informativi che davvero gestiscono, e dall'interoperabilità

dei sistemi di diversi servizi, che può derivare un efficace ed affidabile patrimonio informativo¹².

c) Introdurre come prodotti informativi ricavabili di routine anche rappresentazioni delle durate tramite funzioni di sopravvivenza.

8) Quali sono gli snodi critici della continuità assistenziale, e cosa accade agli utenti?

8.1) A che cosa servono queste informazioni?

Un percorso che coinvolge molti anziani è il seguente:

- a) un evento traumatico, o il progredire di una patologia, conducono ad un ricovero in ospedale. Ma esauriti gli interventi ospedalieri, mirati alla fase acuta, nell'anziano permangono limitazioni rilevanti dell'autosufficienza;
- b) dall'ospedale è possibile attivare l'inserimento in una struttura di riabilitazione¹³ oppure presso posti letto di post acuzie (attivati anche entro RSA in regime di continuità assistenziale) per un periodo di ricovero interamente a carico del SSN, che non può tuttavia superare di norma un massimo di giorni;
- c) se al termine di questo periodo l'anziano resta in condizioni di

non autosufficienza, con rilevanti necessità di assistenza tutelare di lungo assistenza, gli si aprono due possibili prospettive:

- ritornare alla propria abitazione, ma ricevendo assistenza domiciliare sociosanitaria;
- oppure cercare un inserimento in struttura residenziale (RAF/RSA).

Questo percorso (graficamente sintetizzato nella tabella 8) evidenzia il ruolo cruciale della "continuità della cura", che in questo caso consiste nel fatto che il sistema possa offrire all'utente (e alla famiglia):

- un passaggio tra diversi luoghi e servizi (ospedale – territorio – RSA) che non produca momenti di vuoto negli interventi;
- un supporto nel poter attivare richieste a diversi servizi, per evitare che il passaggio da un punto all'altro della filiera di interventi debba essere gestito autonomamente solo dall'utente o dai familiari.

Nel percorso descritto questi due requisiti sono di norma garantiti nel passaggio tra ospedale e struttura di riabilitazione o di post acuzie, poiché è l'ospedale che reperisce il posto ed invia il paziente nella struttura post ospedaliera. Ma una criticità può emerge-

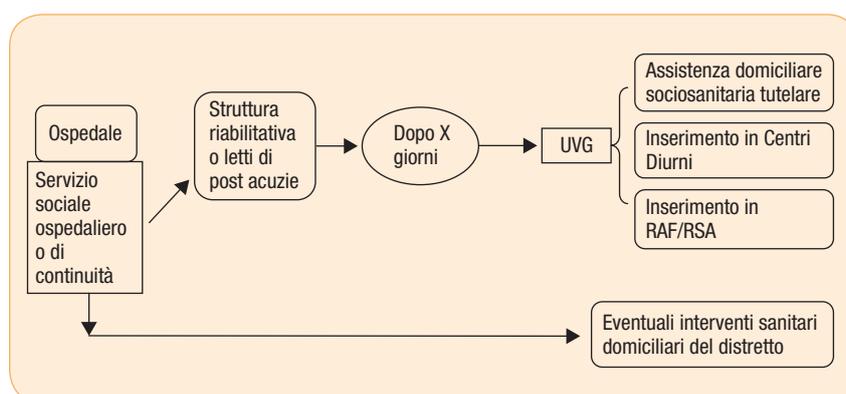


Tabella 8 – Continuità delle cure Ospedale/territorio

re al termine della permanenza in queste strutture, perché per l'accesso agli interventi domiciliari o residenziali devono entrare in gioco i servizi socioassistenziali (di ASL e Enti gestori socioassistenziali) del territorio di residenza dell'anziano, prevedendo sia una valutazione in UVG (a meno che sia considerata sufficiente l'eventuale valutazione eseguita in ospedale) che l'accesso alle loro prestazioni.

Dunque monitorare che cosa davvero accade nella continuità assume rilievo quando occorre progettare sin dall'ospedale un percorso di dimissioni protette, anche con un temporaneo ricovero in struttura post ospedaliera, specialmente quando non vi sono familiari dell'anziano, o non sono in grado di gestire i contatti con i servizi socioassistenziali del territorio mentre egli è in ospedale o in struttura post ospedaliera. E in merito diverse Regioni o Aziende Sanitarie hanno attivato servizi dedicati a questa continuità.

8.2) Come costruire l'informazione?

a) Con una analisi dei tempi e delle durate critiche (ad esempio tra "uscita dalla struttura riabilitativa" e "presa in carico domiciliare"), anche utilizzando gli strumenti descritti al paragrafo 7.

b) Puntando a connettere i sistemi informativi dei diversi presidi e servizi intorno ad un'unica "cartella dell'utente".

c) Socializzando le "storie" degli utenti, ciò che si può raccogliere con narrazioni e letture qualitative, sugli snodi più critici.

d) Con attenzione a differenziare i dati tra diversi gruppi di utenza, per i quali possono avere effetto variabili esterne al percorso; ad esempio quando la non autosufficienza è connessa a demenze oppure a limitazioni fisiche.

8.3) Che cosa cercare di migliorare Strumenti e sistemi per costruire le informazioni; e se monitorare l'intera filiera con dati su tutti gli utenti non è possibile per le separazioni tra i sistemi informativi dei diversi servizi può essere valutata la fattibilità di una ricerca *ad hoc*, che esamini retrospettivamente che cosa è accaduto ad un campione di utenti.

9) Quali sono i rischi per i non autosufficienti nel sistema delle cure?

9.1) A che cosa servono queste informazioni?

Ad individuare, con riscontri empirici da dati di realtà, se vi siano condizioni degli utenti che costituiscono un rischio che li espone più facilmente ad incorrere in eventi critici, con l'obiettivo di ridurre questi rischi.

9.2) Come costruire l'informazione? Utilizzando un concetto abituale in epidemiologia: il rischio relativo, descritto nella tabella 9.

Sono noti utilizzi di questo indicatore nell'ambito della salute pubblica, ad esempio per calcolare quanto i fumatori (portatori del fattore di rischio "fumo") rischiano un tumore polmonare (evento

critico) più dei non fumatori. Ma sarebbe utile sperimentare questo strumento anche nel sociosanitario e nei sistemi per non autosufficienza, ad esempio per indagare empiricamente ipotesi come queste:

- quanto gli anziani non autosufficienti rischiano di più di essere ricoverati in RSA (evento critico) se sono poveri, o senza rete familiare, o molto anziani (fattori di rischio)?

- Quanto è il rischio di aspettare troppo a lungo un intervento o la valutazione (evento critico: la lunga attesa) se si appartiene a un territorio deprivato (fattore di rischio)?

- Gli utenti che richiedono assistenza domiciliare mentre sono ancora in casa (fattore di rischio) rischiano di riceverla meno (evento critico) di coloro per i quali viene richiesta provenendo da ospedale o casa di cura?

L'uso di questo indicatore deve tener conto di almeno due attenzioni:

- si deve poter sostenere un ragionevole rapporto causa/effetto tra fattore di rischio ed evento critico;

- poiché l'evento critico può essere causato anche da altri fattori, concomitanti o interagenti

Si considera una popolazione che presenta un fattore di rischio e una analoga che non lo presenta; e si contano le persone che hanno presentato un evento critico. Ad esempio:

		Persone con fattore di rischio	
		Presente	Assente
Hanno presentato l'evento critico	NO	1	6
	SÌ	3	1
	totale	4	7

Il rischio relativo è l'incidenza dei casi a rischio diviso l'incidenza dei casi non a rischio, ossia $(3:4) : (1:7) = 5,25$. Nell'esempio le persone con il fattore di rischio rischiano l'evento critico 5,25 volte più degli altri.

Tabella 9 – Rischio relativo

con il rischio in esame, deve essere possibile ridurre i loro effetti confondenti, ossia isolare il più possibile ciò che è generato dal solo fattore di rischio in esame, ad esempio considerando persone di analoghe età o gravità.

9.3) Che cosa cercare di migliorare

- L'individuazione di situazioni che possono implicare rischi;
- La possibilità di ricavare dai sistemi informativi l'attribuzione alle persone del rischio e dell'evento critico, e di confrontarli con persone che non li presentano.

10) Dove sono i non autosufficienti?

10.1) A che cosa servono queste informazioni?

- Visualizzare la distribuzione nel territorio dei non autosufficienti può suggerire diversi utilizzi:
 - mappare la residenza di utenti che vanno serviti al domicilio per organizzare la mobilità degli operatori;
 - localizzare utenti in particolari condizioni di possibile rischio (ad esempio anziani soli o in coppia di soli *over 75* anni, anziani da molto tempo utenti di assistenza) per indirizzare loro specifiche informazioni su possibili interventi, o per promuovere supporti della comunità in una specifica porzione del territorio;
 - verificare se esistono zone ove si registrano sovrapposizioni di rischi rilevanti, ad esempio: compresenza di nuclei con anziani poveri e di anziani non autosufficienti, compresenza di diverse situazioni di deprivazione (anziani soli/poveri – disoccupazione – degrado urbano).

10.2) Come costruire l'informazione?

- Non è difficile disporre di *software* che consentono la georeferenziazione di dati tratti da archivi, potendo ottenere due tipi di prodotti informativi:
 - mappe che visualizzano la localizzazione puntiforme dei singoli casi, ad esempio al loro indirizzo di residenza;
 - mappe che descrivono le concentrazioni distribuite, ad esempio con colorazioni più o meno intense in base alla frequenza dei casi in diverse porzioni del territorio).

10.3) Che cosa cercare di migliorare

- Connettere archivi che erogano prestazioni assistenziali e registrano utenti con il sistema di georeferenziazione.
- Come usare l'informazione, ad esempio come pianificare azioni e sviluppi di comunità mirati a specifiche porzioni di territorio.

11) Come cambiano e si muovono gli utenti, nel tempo e nello spazio

11.1) A che cosa servono queste informazioni?

- Osservare la mobilità degli utenti tra diversi territori, ad esempio tra distretti contigui, può fornire indicazioni sulle "esportazioni" ed "importazioni" di casi, e suggerire tendenze che potrebbero essere sistematiche. Va considerato che la mobilità di utenti tra territori è spesso rilevante, anche tra i non autosufficienti.
- La mobilità nel tempo informa sulle "durate della presa in carico", ossia sulle dimensioni della persistenza degli stessi utenti nel tempo in un territorio (o servizio) o sul loro ricambio e *turn-over*.

11.2) Come costruire l'informazione?

- La mobilità tra territori può essere descritta con lo strumento descritto in tabella 10.

La mobilità ad esempio tra i distretti A, B e C può essere rappresentata con una tabella che conteggia quanti utenti erano assistiti nei diversi distretti in due diverse date: "T" e una successiva "T+1"

		Al tempo "T+1" sono assistiti nei distretti:			
		A	B	C	Totale
Al tempo "T" sono assistiti nei distretti:	A		8	10	18
	B	12		10	22
	C	8	7		15
	totale	20	15	20	

Ossia 12 utenti erano al momento "T" in B e al successivo momento "T+1" in A. Oltre a evidenziare la mappa degli spostamenti "da" e "per" ogni distretto, si può ricavare un indice sintetico di mobilità = casi in "T+1" diviso casi in "T". Se l'indice è = 1 la mobilità in uscita è pari a quella in entrata. Nell'esempio descritto:

Nel distretto B l'indice è $15/22 = 0,68$, quindi B esporta verso altri territori più casi di quanti ne importi.

Nel distretto C l'indice è $20/15 = 1,33$, quindi C importa casi da altri territori più di quanti ne esporta.

Tabella 10 – Mobilità degli utenti in diversi territori

La mobilità, ossia la persistenza degli utenti in assistenza in un territorio (o servizio) può essere valutata con un indice P (“di persistenza”) che consideri i casi in carico ad esempio in due diversi anni:

$A =$ i casi in carico sia nel 2012 che nel 2013, $B =$ i casi in carico solo nel 2012, $C =$ i casi in carico solo nel 2013

Dove $P = A / (A+B+C)$. Se $P = 1$ si ha massima persistenza (nessun ricambio). Se $P = 0$ si ha minima persistenza, ossia tutti gli utenti del 2012 sono usciti e ne sono entrati altrettanti tutti nuovi.

Tabella 11 – Mobilità nel tempo degli utenti

b) La mobilità nel tempo si può descrivere con lo strumento della tabella 11.

11.3) Che cosa cercare di migliorare

Queste informazioni si possono ottenere se i sistemi informativi consentono di individuare lo stesso utente in territori diversi, ad esempio se cambia distretto, nonché le date di inizio e fine di presa in carico.

ALCUNE CONCLUSIONI

Tra le informazioni sin qui elencate molte non possono che essere costruite a livello dei servizi e governi locali, perché sarebbe impraticabile e ridondante includerle in flussi informativi nazionali. E resta importante poter affiancare alle informazioni ricavabili dai sistemi gestionali anche altri strumenti, dalla raccolta della soddisfazione degli utenti¹⁴ al tentativo di costruire organici “profili di qualità” dei servizi. Peraltro, come sempre quando si producono report ed indicatori, occorre attenzione all’equilibrio tra il non dimenticare questioni importanti e la necessaria parsimonia nel produrre dati, pena investire tempo e lavoro in batterie di indicatori troppo lunghe e complesse perché poi siano davvero usate dai decisori.

Ma per l’obiettivo di costruire “cru-scotti decisionali”, che presentano dati elaborati allo scopo di assu-

mere decisioni, restano rilevanti almeno alcune esigenze di miglioramento:

A) la messa a fuoco di quali sono le domande importanti da porsi, gli oggetti di indagine più utili per decidere sul governo dei servizi. C’è infatti ancora molto da fare sul piano del pensiero e della riflessione, tra due coordinate contestuali: tener conto dei dati effettivamente disponibili, e degli strumenti realistici per elaborarli; ma non rinunciare a “produrre nuove idee”, ossia ad interrogarsi sugli oggetti da indagare ed i modi per farlo; anche per orientare appunto in questa direzione i sistemi esistenti.

B) La costruzione e socializzazione di modalità più efficaci per utilizzare le informazioni, prospettiva che riguarda:

- da un lato la costruzione di sistemi informativi che connet-

tano più servizi, o consentano interoperabilità, e includano tutti i dati utili, aggiornati perché da essi deriva davvero la produzione degli interventi; non va dimenticato il contributo che il percorso di sviluppo del fascicolo sanitario elettronico/tessera sanitaria può fornire alla messa in opera di una filiera permanente delle informazioni sul singolo cittadino se si prevede che tracci anche gli interventi e i bisogni socio-sanitari¹⁵;

- dall’altro l’utilizzo di strumenti della statistica e dell’epidemiologia, ancora povero nel sociale e nel sociosanitario, soprattutto nei report di routine.

C) Il miglioramento dei flussi informativi nazionali (*in primis* SIAD e FAR) e degli indicatori utilizzati nei più importanti rapporti (regionali e nazionali), sia per evitare di limitarsi a descrivere volumi di interventi svolti e utenza servita e muovere verso rappresentazioni più approfondite, sia per accrescere la fruibilità dei dati da parte dei livelli locali, compresi Aziende Sanitarie e Comuni.

Un lavoro ricco di spunti è la ricerca eseguita da AGENAS nel 2010/2012¹⁶ sintetizzata nella tabella 12.

La ricerca ha costruito un confronto tra 3 Aziende Sanitarie italiane con l’obiettivo di sperimentare un sistema di indicatori ricavabili dall’utilizzo integrato di flussi informativi correnti (schede di dimissione ospedaliera, Pronto Soccorso, FAR e SIAD). Tra i molti indicatori interessanti proposti:

- tempo medio intercorso tra la valutazione multidimensionale e il primo accesso alle prestazioni;
- tempo intercorso tra dimissione ospedaliera ed erogazione dell’assistenza domiciliare;
- distribuzione degli utenti rispetto al grado di non autosufficienza e problemi sanitari;
- probabilità che un anziano sia assistito in residenza invece che a domicilio al peggiorare delle sue condizioni;
- da quali soggetti (famiglia, ospedale, servizi sociali, altri servizi sanitari) provengono le segnalazioni/ricieste di presa in carico.

Tabella 12 – Ricerca Agenas su indicatori per la non autosufficienza

Si tratta di un lavoro che da un lato mette in luce le potenzialità di quanto si può ricavare dall'uso incrociato di flussi ordinari diversi; e dall'altro evidenzia:

- carenze in alcuni di questi flussi (come l'assenza in SIAD di tutti i possibili interventi di tutela domiciliare), e non adeguate informazioni sugli interventi sociosanitari;
- la necessità che i dati provengano da sistemi che in continuo gestiscono gli interventi, e non da loro "scarichi" costruiti solo periodicamente per inviarli nei flussi;
- l'opportunità che si approfondisca il lavoro di messa a fuoco di "che cosa è più importante conoscere".

1] L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è cresciuta del 14,7% tra il 2007 ed il 2009 (Il "Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia" a cura di A.L. DEL FAVERO, pubblicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel novembre 2011).

2] Una rassegna di elaborazioni interessanti è proposta nel capitolo 1 del 2° Rapporto NNA "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore, 2010.

3] Ad esempio G. BOCCUZZO e F. ONGARO, *Quali e quanti anziani disabili nel prossimo futuro?* 9 settembre 2009, www.neodemos.it. Il "Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia" a cura di A.L. DEL FAVERO, pubblicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel novembre 2011 riporta una stima CENSIS che prevede una crescita della disabilità (tra le persone di ogni età, ma con concentrazione tra gli anziani) da 4,1 milioni di persone nel 2010 (il 6,7% degli italiani) a 4,8 milioni nel 2020 (il 7,9%), a 6,7 milioni nel 2040 (il 10,7%). Nei "Quaderni del Ministero della Salute" (pubblicati dal Ministero della salute), il numero 6 del 2010 dedicato a "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano" si stima un aumento del 60-70% del numero di persone con disabilità (di ogni età) tra il 2010 ed il 2025.

4] Peraltro il flusso Siad non è pienamente operante in tutte le Regioni (ad esempio il Piemonte); diverse Regioni rendono visibili sui loro portali dati ricavabili dal flusso Far (ad esempio sul portale del SSN dell'Emilia-Romagna, Saluter).

5] Art. 16 del del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5 (in supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 33 del 9 febbraio 2012), coordinato con la legge di conversione 4 aprile 2012, n. 35 (in questo stesso supplemento ordinario alla pag. 1), recante: "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo.". (12A04078) (*G.U.* n. 82 del 6 aprile 2012, suppl. ord. n. 69).

6] Accessibile all'indirizzo <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=7876>.

7] È così ad esempio il sistema ASL/Comune a Torino: M. MOTTA, R. TIDOLI (a cura di), *Modelli di domiciliarità a confronto*, in "Welfare Oggi", n. 4 del 2011.

8] Non mancano elaborazioni che presentano quanti utenti nel tempo hanno fruito di interventi di domiciliarità diversi (un esempio sono i dati della Regione Lombardia, utilizzati da F. GIUNCO in *ADI Lombardia: quali messaggi per le altre Regioni*, in "Welfare Oggi", n. 1 del 2012). Ma molto più rari sono i tentativi di valutare l'appropriatezza delle diverse prestazioni a fronte di diversità degli utenti e delle famiglie. Una esperienza in merito è nella tesi di laurea specialistica di Elena Piloni "Il welfare della domiciliarità: le cure familiari a Torino", Università degli Studi di Torino, Facoltà di Scienze Politiche, Anno Accademico 2009/2010, che ha indagato (esaminando i fruitori di 4 anni successivi) effetti ed appropriatezza dell'intervento denominato "cure familiari", che consiste in un contributo erogato ai familiari che si gestiscono direttamente il compito di cura.

9] Ad esempio l'ASL 2 di Torino ha prodotto nel 2012 una "nota preliminare" redatta da S. GENINATTI, D. BODDA, C. CONTRATTO e A. RIZZI, *Valutazio-*

ne di efficacia dei trattamenti in lungo assistenza domiciliare.

10] Visibili (sotto "Specifiche per la trasmissione dati e manuali) all'indirizzo http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=domiciliare.

11] Molte Regioni rendono visibili sui propri siti le "liste d'attesa" per diverse prestazioni sanitarie. E dati sulle attese sono presentati nei "Rapporti annuali Pit Salute" prodotti dal Tribunale diritti del malato e da Cittadinanza Attiva (www.cittadinanzattiva.it). Assai più difficile invece trovare visibilità delle attese per gli interventi sociosanitari per non autosufficienti.

12] Una analisi dei criteri che sarebbe utile adottare nel progettare cartelle degli utenti informatizzate è ad esempio in M. MOTTA, *Cartella sociale informatizzata: come?* in "Welfare Oggi", n. 3 del 2011.

13] Presidi di natura sanitaria, accreditati nell'ambito del SSN.

14] Una esperienza ed un metodo interessante in merito, sebbene rivolta alle residenze, è "Rilevare la soddisfazione degli utenti nelle strutture per anziani non autosufficienti", condotta nel 2008 nella Regione Toscana a cura dell'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano.

15] Una serie di normative recenti (ad es. conversione di precedenti decreti legge con la legge di 17 dicembre 2012, n. 221) prevedono l'interessante prospettiva di unificazione nello stesso supporto della tessera sanitaria con la carta d'identità elettronica.

16] Nel "Quaderno di Monitor", *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, 10° supplemento al n. 30/2012 di "Monitor", p. 143 e ss., scaricabile da www.agenas.it.



DECRETO LEGISLATIVO 231/2001: QUALI OPPORTUNITÀ PER LE RSA?

Sergio Quaglia, Graziano Maino *

Per prevenire illeciti nell'ambito delle proprie attività, le organizzazioni dovrebbero dotarsi di un modello organizzativo/gestionale, di un codice di comportamento e di un Organismo di Vigilanza

IL DECRETO LEGISLATIVO 231/2001: COSA PREVEDE E COSA HA INTRODOTTO DI NUOVO

Il d.lgs. 231/2001 ha introdotto nel nostro ordinamento il concetto di responsabilità amministrativa per le organizzazioni, nel caso in cui i soggetti che ne fanno parte o che con esse collaborino commettano reati nell'interesse o a vantaggio dell'organizzazione stessa. La novità effettivamente messa in campo sta proprio nel fatto che, nel corso di un procedimento penale, la responsabilità derivante da un reato può essere attribuita, oltre che alla persona che ha infranto la legge, anche all'organizzazione nel cui ambito di attività è stato commesso l'illecito. Ciò non vale tuttavia per ogni tipologia di delitto prevista dall'ordinamento giuridico. Il d.lgs. 231/2001 e le successive integrazioni chiamano in causa la responsabilità delle organizzazioni solo in riferi-

Tipologie di reati previste dal d.lgs. 231/2001

- Reati contro la PA nella gestione dei finanziamenti pubblici (art. 24).
- Reati nei rapporti con la PA (concussione e corruzione, art. 25).
- Falsità in monete, carte di pubblico credito e valori in bollo (art. 25-bis).
- Reati societari (art. 25-ter).
- Delitti con finalità di terrorismo ed eversione dell'ordine democratico (art. 25-quater).
- Reati contro la personalità individuale (art. 25-quinquies).
- Reati relativi al *market abuse* (art. 25-sexies).
- Reati transnazionali (introdotti dalla l. 16 marzo 2006, n. 146).
- Reati di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quater.1).
- Reati in materia di salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies).
- Ricettazione, riciclaggio, impiego di denaro o beni di provenienza illecita (art. 25-octies).
- Delitti informatici e trattamento illecito dei dati (art. 24-bis).
- Delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter).
- Delitti contro l'industria e il commercio (art. 25-bis.1).
- Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies).
- Induzione a dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies).
- Reati ambientali (art. 25-undecies).
- Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare (art. 25-duodecies).
- Corruzione tra privati (art. 25-ter, modificato dalla l. n. 190/2012).

mento ad alcune specifiche categorie di reato (cosiddetti reati presupposto).

L'originario nucleo di reati considerati dal decreto è relativo a delitti nei confronti della Pubblica Ammi-

*] Sergio Quaglia e Graziano Maino sono soci di Pares (www.pares.it) società di consulenza, formazione, ricerca-intervento, scrittura per le organizzazioni, che lavora con amministrazioni e aziende pubbliche, cooperative, *network* sociali, imprese. Pares ha sede a Milano, e si occupa – tra l'altro – di accompagnare le organizzazioni nella costruzione di sistemi di responsabilità secondo le indicazioni del decreto legislativo 231/2001.

nistrazione (art. 24 e art. 25). Successivamente si sono susseguiti molti interventi legislativi, che hanno esteso sensibilmente il campo dei reati contemplati. Questi ultimi si riferiscono – ad oggi – alle materie indicate nello schema a fianco. L'organizzazione è chiamata a rispondere in sede penale dei reati presupposto quando l'illecito viene commesso da chi amministra o dirige la struttura, ma anche da lavoratori subordinati o da collaboratori (sia persone che organizzazioni) sottoposti al coordinamento, alla direzione o alla vigilanza delle figure "apicali". Non solo dunque l'"interno" dell'organizzazione, ma anche l'"intorno" operativo da essa dipendente e ad essa riconducibile (composto ad esempio da consulenti, soggetti partner e fornitori abituali) è coinvolto nella responsabilità organizzativa. Va tuttavia sottolineato che l'organizzazione viene chiamata a rispondere se la commissione (o la tentata commissione) del reato mira a procurare vantaggi per l'organizzazione stessa o avviene nel suo interesse (art. 5 del d.lgs. 231/2001). Il sistema di sanzioni definito all'interno dal decreto 231/2001 è gravoso. Al di là della responsabilità penale a carico della singola persona che commette l'illecito, esso prevede conseguenze nei confronti dell'organizzazione. Se riconosciuta responsabile, quest'ultima va infatti incontro a sanzioni pecuniarie (pagamento di multe con finalità punitiva e non puramente risarcitoria) e, nei casi più gravi, anche a sanzioni interdittive (che vanno dal divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, all'esclusione da finanziamenti e contributi, alla revoca di autorizzazioni, licenze o concessioni, fino al divieto di esercitare la

propria attività). Il decreto prevede inoltre a carico dell'organizzazione la confisca di quanto indebitamente acquisito e la pubblicazione della sentenza di condanna.

LE ORGANIZZAZIONI INTERESSATE DAL D.LGS. 231/2001

A quali organizzazioni si rivolge il d.lgs. 231/2001? Vista l'ampiezza del campo dei destinatari, è forse più facile indicare in prima battuta i soggetti non coinvolti dal provvedimento normativo. Le disposizioni del decreto non si applicano allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli enti pubblici non economici e agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale (ad esempio partiti politici e sindacati). Valgono invece per tutti gli enti forniti di personalità giuridica (tra cui le società di capitali, le cooperative, le fondazioni), per società e associazioni anche prive di personalità giuridica (tra cui le società di persone, le Onlus, le società di professionisti), per gli enti pubblici che svolgono attività economica. Segnaliamo in particolare come questi ultimi rientrino senza alcun dubbio nelle prescrizioni del 231/2001: è stato infatti chiarito di recente² che la natura pubblicistica di un'organizzazione (e anche a maggior ragione la natura "mista", pubblica e privata) non è condizione sufficiente ad escludere la responsabilità amministrativa prevista dal decreto. Affinché vi sia tale esclusione occorre infatti anche l'ulteriore condizione riguardante l'assenza di attività di tipo economico. Si può quindi affermare che attualmente la grandissima parte delle strutture di ricovero per persone non autosufficienti (RSA), a prescindere dalla natura giuridica

e dalla presenza o meno di finalità lucrativa, rientri nelle disposizioni del decreto 231/2001, in quanto le strutture stesse svolgono a qualche titolo attività economica.

Sempre sul versante dei servizi socio-sanitari (RSA comprese), vi è inoltre da sottolineare come in determinati territori le previsioni contenute nel decreto 231/2001 possano venire assunte ed utilizzate come criterio di accreditamento delle strutture – *in primis* quelle residenziali – al sistema dei servizi pubblici. Da questo punto di vista citiamo come esempio la Regione Lombardia, che a partire dall'inizio dell'anno 2013 ha effettivamente iniziato a richiedere alle strutture socio-sanitarie accreditate (o da accreditare) di essere in regola con le modalità di gestione della responsabilità amministrativa indicate dal decreto 231/2001³.

LE INDICAZIONI DEL DECRETO PER GESTIRE LA RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

Quali modalità e strumenti può mettere in campo un'organizzazione per gestire la propria responsabilità amministrativa e per prevenire la commissione di illeciti nell'ambito delle proprie attività? Il decreto 231/2001 offre specifiche indicazioni in proposito. Le modalità essenziali che esso identifica, che rendono indenne l'organizzazione stessa da un possibile addebito di responsabilità in sede penale, sono indicate di seguito.

Si tratta innanzitutto di definire e rendere operativo all'interno della struttura un cosiddetto *Modello di Organizzazione e Gestione*, vale a dire un vero e proprio sistema gestionale – dettagliato in uno

specifico documento organizzativo – che:

- identifichi le aree di attività a rischio, in base ai reati considerati dal 231/2001 e alle caratteristiche strutturali e operative dell'organizzazione;
- stabilisca di conseguenza disposizioni e procedure interne, nei diversi ambiti di azione, per prevenire comportamenti non leciti;
- individui modalità di gestione delle risorse economiche e finanziarie per assicurarne il corretto uso;
- preveda opportuni passaggi per informare e rendere pienamente consapevole la compagine interna riguardo ai comportamenti che costituiscono reato;
- introduca un sistema disciplinare che sanzioni il mancato rispetto delle indicazioni e dei comportamenti stabiliti dal sistema di responsabilità.

Occorre quindi, nell'ambito della definizione del Modello di Organizzazione e Gestione, elaborare e diffondere un *Codice di Comportamento* interno, che:

- espliciti principi, mandati e vincoli generali fissati dall'organizzazione;
- fornisca indicazioni sui comportamenti da tenere riguardo ai processi strategici (decidere, programmare, coordinare, promuovere e realizzare servizi, for-

**Organismo di Vigilanza:
ipotesi di composizione**

	Costi	-	+/-	+
Indipendenza		Interno	Composito	Esterno
-	monocratico	Referente Interno	Referente interno Membro Collegio Sindacale Esperto	Esperto
+/-		Referente Interno + Comitato Etico		Referente interno + Gruppo di Esperti
+	collegiale	Collegio Sindacale		solo Gruppo di Esperti

mare e aggiornare, collaborare con altri, e così via).

È infine necessario costituire dentro l'organizzazione un *Organismo di Vigilanza* autonomo e indipendente, che:

- verifichi l'effettivo funzionamento del sistema di responsabilità, anche considerando eventuali segnalazioni inviate – attraverso canali comunicativi appositamente costituiti – dai diversi soggetti che operano all'interno o collaborano con l'organizzazione;
- supporti l'organo di governo nell'esaminare accuratamente le situazioni complesse che dovessero porsi;

- contribuisca a migliorare la rispondenza del sistema anche in relazione ai cambiamenti organizzativi, promuovendo i necessari aggiornamenti del Modello e del Codice di Comportamento.

L'Organismo di Vigilanza può avere una composizione sia monocratica che collegiale. Lo schema qui sopra sviluppa alcune ipotesi circa le figure che possono farne parte, considerando come variabili significative della scelta in merito:

- il grado di indipendenza dell'Organismo stesso,
- i costi per il funzionamento dell'organismo a carico dell'organizzazione.

L'adozione del sistema di responsabilità così dettagliato non è obbligatoria. Tuttavia la mancanza di un Modello di Organizzazione e Gestione, di un Codice di Comportamento e di un Organismo di Vigilanza costituiti secondo le disposizioni del decreto 231/2001 aumenta i rischi che si verifichino comportamenti irresponsabili e – nel caso venisse commesso un

Si può introdurre il 231:

- per controllare e rendere trasparenti i processi amministrativi e prevenire così possibili reati (responsabilità amministrativa);
- per connettere responsabilità, attenzione a diritti e valori con le pratiche operative (responsabilità sociale);
- per favorire il confronto e la collaborazione interni, evitando sconessioni (responsabilità organizzativa).

reato – l'organizzazione verrebbe chiamata a risponderne, con conseguenze decisamente onerose in termini di sanzioni, di immagine e di esclusione dal mercato.

Il modello organizzativo è il sistema che l'impresa definisce e adotta per assicurare comportamenti responsabili e rispettosi delle norme attinenti alla responsabilità di impresa (indicate dal 231/2001 e da norme successive che lo richiamano). Il modello ha una funzione preventiva e di indirizzo.

231/2001 E RSA: ADEMPIMENTO VS OPPORTUNITÀ DI MIGLIORAMENTO

Perché una struttura residenziale socio sanitaria dovrebbe dotarsi di un sistema di responsabilità costruito secondo le indicazioni del decreto 231/2001? Quali ragioni possono in concreto avvalorare tale scelta?

Le prime motivazioni che vengono in mente sono naturalmente quelle di stampo legalistico-adempitivo (ottemperare a una norma, mettersi in regola con le richieste di un sistema di accreditamento) oppure difensive (cautelarsi dal rischio di pesanti sanzioni a carico dell'organizzazione). Si tratta di motivazioni valide e legittime, già di per sé sufficienti a determinare la decisione.

Riteniamo tuttavia che l'adozione del sistema di responsabilità 231/2001 possa anche essere intesa dagli organi di governo di una RSA come importante occasione per realizzare significativi miglioramenti, tanto a livello dei sistemi di gestione e controllo dell'organizzazione nel suo complesso, che a livello del funzionamento delle di-

verse attività operative e dei servizi che la struttura realizza.

Da questo punto di vista, reputiamo innanzitutto che la fase di costruzione e di primo avvio del sistema di responsabilità 231/2001, se realizzata in maniera partecipata all'interno dell'organizzazione, possa rappresentare un momento di forte coinvolgimento per i diversi ruoli e per le molteplici figure professionali che operano nella struttura di accoglienza (non solo le figure apicali e gli "esperti" della gestione organizzativa, ma anche i medici, gli psicologi, gli infermieri, gli educatori e le figure socio-assistenziali). L'intervento della compagine interna – in differenti modalità e momenti – nel riconsiderare valori, comportamenti e potenziali rischi, aiuta ad accrescere la motivazione e il senso di appartenenza all'organizzazione. L'opportunità di dare un contributo alla messa a punto degli snodi organizzativi più delicati – soprattutto se in questo lavoro viene dato spazio alle figure di coordinamento – favorisce la definizione sempre più precisa del funzionamento interno e delle coordinate che orientano il lavoro e la relazione con gli utenti, con i

loro familiari e con gli interlocutori esterni.

In secondo luogo, crediamo che la realizzazione di alcune delle attività "tipiche" collegate allo sviluppo e alla manutenzione del sistema di responsabilità 231/2001 – in particolare la mappatura delle aree e delle attività a rischio di illecito e la definizione dei presidi organizzativi (protocolli, procedure, modelli operativi) atti a contenere tale rischio – possano costituire una positiva opportunità per connettere in maniera funzionale gli strumenti di governo e di gestione già presenti nell'organizzazione. In tali fasi di lavoro è cioè possibile operare per integrare in modo efficace i diversi sistemi di *compliance* organizzativa spesso esistenti nelle RSA, sia quelli obbligatori (ad esempio gli adempimenti relativi alla sicurezza sul lavoro collegati al d.lgs. 81/2008, o alla gestione dei rifiuti sanitari pericolosi) che quelli volontari (ad esempio i sistemi di gestione della qualità, della responsabilità sociale, dell'impatto ambientale), alla luce di una complessiva strategia di gestione del rischio d'impresa. Ciò al fine di migliorare l'efficacia dei sistemi e degli strumenti stessi, che disconnessi finiscono solo per interferire vicendevolmente, mentre possono invece – se ricordati – produrre effetti sinergici e risultare meno pesanti nella gestione.

In terzo luogo, rileviamo come la logica dell'impianto 231/2001 sia particolarmente funzionale:

- a chiarire la configurazione e la suddivisione dei poteri all'inter-

Il modello organizzativo (sistema di responsabilità) dipende dalle caratteristiche dell'impresa, dalle attività che svolge, dai suoi processi produttivi, dai contesti in cui opera, dagli interlocutori con cui interagisce. La norma stabilisce una sorta di architettura generale. Gli elementi principali sono: individuazione delle aree di rischio, principi e procedure di controllo, adozione di un documento che disciplini i comportamenti, istituzione di un organismo di vigilanza, adozione di un sistema disciplinare e sanzionatorio

no della struttura, in quanto essa richiede la precisa definizione delle facoltà degli organi di governo e l'esplicitazione delle eventuali deleghe e procure conferite a figure dirigenti o apicali o a ruoli intermedi;

- a riequilibrare il bilanciamento delle responsabilità, in quanto essa stimola ad introdurre all'interno della struttura dell'RSA forme di autocontrollo, di verifica reciproca e di collaborazione capaci di limitare al minimo la possibilità che singole figure possano condurre in totale autonomia interi processi, sia a livello gestionale che operativo.

Ci sembra infine che, tramite il sistema di responsabilità 231/2001, le RSA (ma anche altre organizzazioni) possono sperimentare configurazioni di governo caratterizzate da punti di vista indipendenti e divergenti. L'intervento dell'Organismo di Vigilanza apre infatti le inevitabili autoreferenzialità organizzative a sguardi e confronti ester-

ni. Perché tuttavia ciò si verifichi effettivamente e risulti produttivo, occorre costituire e far funzionare tale Organismo non come puro e semplice sistema di controllo, ma anche come supporto consulenziale, come "voce interna" indipendente in dialogo con l'organo di governo.

1] Sentenza n. 234 della Corte di Cassazione, sez. II pen., del 10 gennaio 2011.

2] La delibera della Giunta regionale Lombardia del 30 maggio 2012, n. IX-3540 (B.U.R.L. 8 giugno 2012) specifica infatti che "l'applicazione del d.lgs. n. 231 dell'8 giugno 2001 [...] ai soggetti gestori di unità di offerta sociosanitarie residenziali è da intendersi come ulteriore garanzia dell'efficienza e della trasparenza dell'operato sia della Regione che dell'ente accreditato, con lo scopo di migliorarne l'organizzazione e l'efficienza di funzionamento. Il sistema di "compliance" 231 deve rispettare i principi di efficacia, specificità e attualità, e si integra al sistema di vigilanza e controllo esistente nella logica della semplificazione e dell'implementazione di strumenti operativi di governo della sussidiarietà".

Bibliografia

ALBERICI A. et al., *Il modello di organizzazione, gestione e controllo di cui al D.Lgs. 231/2001. Profili metodologici e soluzioni operative*, Milano, Giuffrè Editore, 2008.

FERRARA D., *Governance e modelli di gestione del rischio. Guida alla realizzazione di modelli di gestione e organizzazione per la mitigazione del rischio ai sensi del D.Lgs. 231/2001*, Milano, Franco Angeli, 2009.

Linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo ex D.Lgs. 231/2001, Confindustria, 31 marzo 2008 [liberamente scaricabili on-line].

PREVITALI P., *Modelli organizzativi e compliance aziendale. L'applicazione del D.lgs. 231/2001 nelle imprese italiane*, Milano, Giuffrè Editore, 2009.

WEICK K.E., SUTCLIFFE K.M., *Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo*, Milano, Cortina, 2010.



COME GLI ASSISTENTI SOCIALI VALUTANO LE SITUAZIONI DELLE PERSONE ANZIANE

Vanna Riva *

L'operatore è l'esperto in grado di aiutare le persone a costruire soluzioni

La crisi in essere da un lato e l'allungamento della speranza di vita dall'altro hanno portato a un progressivo aumento della popolazione anziana, e in particolare di quella molto anziana (Facchini, 2003), con rilevanti conseguenze sulla richiesta di servizi sia di tipo sanitario che di tipo assistenziale (Facchini, Riva, 2009).

In questa situazione, connotata, sul fronte dell'utenza, dall'aumento della domanda in termini quantitativi e dalla sua diversificazione e, sul fronte dei servizi, da una riduzione delle risorse sia materiali sia umane, la figura professionale dell'assistente sociale si trova in prima linea in quanto collocata nei punti d'accesso delle istituzioni, posizione che la porta a fronteggiare i nuovi bisogni e le richieste che giungono ai servizi.

Nell'attuale sistema dei servizi socio-assistenziali, l'area dei servizi per gli anziani appare significativa per la rilevanza del livello quantitativo dell'utenza reale e potenziale, ma anche per il fatto che si colloca prevalentemente nel servizio sociale di base, ossia in quei servizi distribuiti in modo capilla-

re sul territorio e di facile accesso per tutti i cittadini. Proprio per questo è interessante capire i criteri e le modalità che connotano la valutazione delle situazioni da parte degli assistenti sociali in quanto divengono il filtro per accedere ai servizi esistenti.

Lo scopo di questo articolo infatti è quello di descrivere i criteri tramite i quali gli assistenti sociali che lavorano nel servizio sociale di base valutano le situazioni¹. Ciò significa porre attenzione a come viene costruito l'agire professionale nella fase valutativa (Ferrario, 2004; Bartolomei Passera, 2011; Campanini, 2008) in un ambito di lavoro che è stato ben poco oggetto di studio, ma che può porsi come interessante sia per il gran numero di assistenti sociali che impegna e che occuperà sempre più nel tempo, considerato l'aumento dell'utenza potenziale, che per i pochi studi specifici che connotano questo ambito di lavoro.

Tali aspetti assumono una particolare importanza nell'attuale crisi del *welfare* caratterizzata da una riduzione delle risorse economiche destinate agli enti pubblici e la

conseguente contrazione di servizi sociali a favore dei cittadini.

LE FASI VALUTATIVE DEL PRIMO COLLOQUIO

Dall'osservazione effettuata nei due uffici di servizio sociale si è rilevato che gli assistenti sociali costruiscono prevalentemente la valutazione della situazione degli anziani durante il primo colloquio (Zini, Miodini, 2006; Ferrario, 2004; Allegri *et al.* 2006).

L'osservazione dei primi colloqui ha portato ad individuare tre fasi che si presentano regolarmente:

- una prima fase in cui l'assistente sociale cerca con la persona che si rivolge al servizio risposte che possono essere attivate per far fronte al bisogno presentato,
- una seconda fase il cui obiettivo è quello di approfondire la situazione,
- una terza ed ultima fase che consiste nel prendere accordi.

COME VALUTANO GLI ASSISTENTI SOCIALI...

Dall'analisi dei dati rilevati dall'osservazione partecipante, integrati

*È assistente sociale nel Comune di Besana in Brianza da 16 anni. Ha conseguito il Dottorato in Sociologia applicata e Metodologia della Ricerca sociale presso l'Università Milano Bicocca con la quale collabora come docente a contratto nella formazione degli assistenti sociali.

Il metodo della ricerca

Dal punto di vista metodologico si è scelto di adottare un approccio qualitativo per indagare come viene costruita e come prende forma la professionalità degli assistenti sociali. In particolare si è svolta una ricerca etnografica in due servizi sociali per anziani di due Comuni lombardi privilegiando la tecnica dell'osservazione partecipante. L'osservazione si è protratta per due mesi in ognuno dei due servizi e ha previsto una partecipazione quotidiana alle attività effettuate dagli assistenti sociali. L'osservazione etnografica è stata integrata con interviste etnografiche² ai professionisti durante l'osservazione partecipante (Spradley, 1979 in Gobo, 2001), interviste semi-strutturate e analisi dei documenti.

Le interviste semi-strutturate sono state rivolte a tutti gli assistenti sociali dell'area anziani dei due Comuni³. Tale tecnica ha consentito una maggiore profondità di studio in quanto è stato possibile definire meglio alcuni aspetti che solo con l'osservazione si erano rivelati poco comprensibili e/o raffinare interpretazioni che si erano solo abbozzate⁴. Inizialmente si riteneva opportuno effettuare interviste anche ai rappresentanti politici per poter indagare se e come le scelte politiche influissero sul lavoro dell'assistente sociale, ma i tempi ristretti della ricerca non hanno permesso di approfondire questa dimensione andandone così a rilevare un limite presente.

I dati raccolti direttamente sono stati integrati con alcuni documenti sia pubblici, forniti dagli enti e/o facilmente reperibili dai siti (come il Piano di Zona, i Regolamenti di accesso e gestione dei servizi), sia riservati come le schede di accesso al servizio e le cartelle sociali. La raccolta dei dati si è realizzata integrando le tecniche una con l'altra: si sono ridefinite, di volta in volta le principali dimensioni dell'oggetto di studio e i *focus* dell'indagine, in modo da creare una reale interazione tra le diverse tecniche utilizzate. Le prime elaborazioni dei dati e le loro analisi sono state presentate e discusse con i soggetti coinvolti nella ricerca durante riunioni di *équipe*.

con le interviste e con l'analisi delle cartelle sociali, si può sostenere che il lavoro dell'assistente sociale nell'ambito del servizio anziani segue un percorso che va dalla richiesta portata al servizio (generalmente da un parente della persona anziana) fino all'attivazione di un progetto di intervento definito sulla base della valutazione della situazione effettuata dall'assistente sociale. Nella fase valutativa, che si sviluppa prevalentemente durante il primo colloquio, l'assistente sociale considera principalmente tre dimensioni:

- il grado di autosufficienza dell'anziano,
- la presenza/assenza di una rete di supporto e il relativo carico assistenziale,

- la volontà dell'anziano qualora sia in grado di poterla esprimere.

... IL GRADO DI AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO?

La prima dimensione, il grado di autosufficienza dell'anziano, è valutata raccogliendo elementi sulla situazione sanitaria dell'anziano tramite il colloquio con i parenti e l'acquisizione della relativa documentazione sanitaria (in alcune situazioni anche con l'osservazione diretta dell'anziano nel suo contesto di vita tramite la visita domiciliare). In particolare l'assistente sociale focalizza l'attenzione sulle ricadute che gli aspetti sanitari hanno nella conduzione della vita so-

ciale relativamente al grado di autosufficienza che la persona possiede nello svolgere alcune azioni che connotano la quotidianità per rispondere ai bisogni primari (alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, preparazione e consumazione del pasto, spesa)⁵.

Un maggior grado di non autosufficienza conferisce alla situazione un maggior carico assistenziale e nella valutazione dell'assistente sociale tale aspetto contribuisce a considerare una situazione come grave.

LA PRESENZA DI UNA RETE DI SUPPORTO?

La seconda dimensione, ossia la presenza/assenza di una rete di supporto all'anziano, consiste nella raccolta – sempre tramite il colloquio – di informazioni sulla rete familiare, parentale e amicale. Tale aspetto, viene indagato secondo due prospettive: da un lato si cerca di capire l'effettiva presenza di persone coinvolte nel prestare assistenza e l'entità del loro impegno, dall'altro lato si sonda anche il grado di stress delle persone implicate nell'assistenza. In altri termini questa dimensione considera la reale possibilità per ciascun componente della rete di supportare la persona anziana nelle necessità quotidiane in cui vi è bisogno di intervenire a supporto dell'anziano. Anche tale aspetto riveste un'importanza fondamentale nella valutazione effettuata dall'assistente sociale per capire come è meglio intervenire nella situazione.

A tale proposito si riporta uno stralcio dell'intervista a un'assistente sociale:

“Un punto rilevante per la valutazione del caso è il livello di affati-

Le fasi valutative del primo colloquio

- Nella prima fase, gli scenari sui quali l'assistente sociale invita a riflettere la persona che si rivolge al servizio risentono delle conoscenze pratiche che il professionista possiede, sia in termini di risorse del territorio, sia in termini di interventi attivabili dall'ente. Sulla base di queste conoscenze, l'assistente sociale cerca di stimolare il pensiero della persona che si è rivolta al servizio verso soluzioni realizzabili anche differenti da quelle richieste. È tramite l'interazione tra assistente sociale e persona che si rivolge al servizio che si prefigurano differenti scenari di intervento. Accogliendo o rifiutando lo scenario che l'assistente sociale prefigura, le persone presenti al primo colloquio, portano "elementi nuovi" che permettono al professionista di acquisire altre informazioni e conseguentemente di ipotizzare altri possibili interventi. In questo gioco di interazioni, connotato dalla rappresentazione di ipotetici scenari di intervento, l'assistente sociale si pone come "esperto delle risorse dell'Ente", mentre le persone presenti al colloquio come "esperte del mondo dell'anziano". Nel riconoscimento di differenti competenze, l'interazione si costruisce nello scambio di informazioni tra assistente sociale e persone che si rivolgono al servizio. È, infatti, tramite i soggetti coinvolti, che il professionista viene a conoscenza del mondo dell'anziano, dei suoi problemi, delle sue potenzialità, del suo contesto di vita, della presenza di relazioni familiari significative e di eventuali interventi precedenti falliti.
- La seconda fase consiste nell'approfondimento della situazione e riguarda: il problema portato, il contesto familiare e abitativo e l'aspetto economico. Nella raccolta delle informazioni gli aspetti conoscitivi si intrecciano con quelli valutativi del processo di aiuto: in particolare si centra l'attenzione su ciò che il richiedente individua come problema. L'assistente sociale si pone, e pone, fondamentalmente la domanda: "Quale è il problema?", a cui cerca di trovare una risposta utilizzando principalmente il colloquio in ufficio e, solo successivamente, se valutata opportuna, la visita domiciliare. Durante il colloquio in ufficio, l'approfondimento del problema si articola in diversi passaggi: inizialmente ci si concentra sul livello di autosufficienza dell'anziano, poi sul carico assistenziale della rete familiare e infine sulla verifica dell'eventuale presenza di servizi erogati e/o erogabili da altri Enti, considerato che il servizio sociale comunale è collocato all'interno di una rete di servizi socio-sanitari a favore di persone anziane che sono gestiti anche da altri Enti.
- La terza fase si basa sulla negoziazione degli accordi e sull'attivazione di quanto concordato tra l'assistente sociale e le persone che si sono rivolte al servizio. Tale fase si concretizza con l'accordo di una visita domiciliare o nella richiesta di documentazione (ad es. sanitaria e/o economica) per permettere di completare maggiormente il quadro valutativo.

Nella maggior parte dei casi osservati, l'assistente sociale, già al termine del primo colloquio, concorda con chi si è rivolto al servizio, una risposta di assistenza all'anziano in termini di intervento attivabile.

ramento della sig.ra che presta la cura. Un conto è trovare una sig.ra prostrata dalla cura e un altro conto è trovare una persona che dice che vorrebbe trovare quelle due ore per sé durante la giornata, ma non affaticata dalla cura. Se è così le si può

dire che esistono cooperative che si occupano di assistenza domiciliare che le possono garantire quelle due ore al giorno aver tempo per sé. Se trovassi invece una persona affaticata da cura, che non riposa neppure di notte, rileverei una gra-

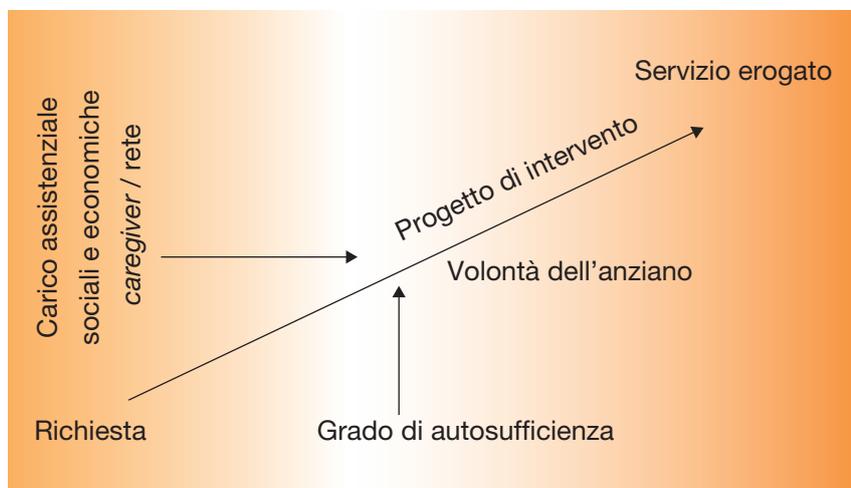
vità maggiore e l'urgenza di cercare una struttura".

Anche in questo caso l'assenza e/o la carenza di una rete familiare/amicale/di vicinato o il suo elevato livello di stress sono aspetti che contribuiscono nella valutazione dell'assistente sociale a considerare la situazione grave.

Si può quindi sostenere che la richiesta portata al servizio generalmente da un parente, viene in primo luogo verificata dall'assistente sociale nella sua adeguatezza, ossia nell'equilibrio tra il grado di non autosufficienza dell'anziano e il carico assistenziale della rete sociale di riferimento presente (familiare/parentale, amicale, di volontariato). Tale aspetto ha una rilevanza fondamentale nella fase valutativa perché permette di capire non solo la rete di aiuto della persona anziana, ma anche quanto tale rete sia effettivamente in grado di rispondere ai bisogni dell'anziano stesso.

L'APPROFONDIMENTO DELLA SITUAZIONE E L'ELABORAZIONE DEL PROGETTO

Una volta che si è analizzata la situazione secondo queste dimensioni, l'assistente sociale da un lato pone attenzione al servizio richiesto dalla persona che è rivolta al servizio sociale, dall'altro lato ipotizza quale tipo di aiuto può essere attivato nello specifico caso. Ad esempio, se nella situazione presentata si riscontra un grado di non autosufficienza molto elevato e un carico assistenziale altrettanto elevato e la richiesta della rete familiare è di inserimento dell'anziano in casa di riposo è molto probabile che anche la valutazione effettuata dall'assistente



Dalla valutazione all'erogazione del servizio

sociale si indirizzi verso un intervento sostitutivo del nucleo familiare che trova risposta nella struttura residenziale. In tal caso la richiesta effettuata al servizio sociale corrisponde con l'intervento che il professionista ritiene più opportuno attivare.

Quindi, se la domanda di assistenza viene considerata adeguata dal professionista in base alle dimensioni sopra esposte, il servizio richiesto coincide quasi sempre con il servizio erogato. Infatti, se vi è coerenza tra il servizio richiesto, le necessità di assistenza dell'anziano e la possibilità di attivare l'intervento spesso vi è l'erogazione del servizio richiesto. Prima dell'attivazione normalmente si verifica l'adesione dell'anziano al progetto di intervento qualora l'anziano sia in condizioni di poter esprimere la propria volontà.

Il meccanismo sottostante alla fase valutativa effettuata dall'assistente sociale potrebbe quindi essere sintetizzato nello schema riportato sopra. In altri termini, l'attivazione del progetto di intervento può essere definita come ricerca di un equilibrio tra le due differenti di-

mensioni analizzate (grado di non autosufficienza e presenza/assenza della rete) e tanto più la tensione a questo equilibrio si discosta dalla richiesta effettuata e/o dall'intervento proposto dall'assistente sociale e tanto maggiore e complesso sarà il lavoro dell'assistente sociale con il caso.

Se la situazione presentata al servizio non apparisse chiara nelle necessità di assistenza dell'anziano e negli aiuti esistenti da parte della rete, nella fase valutativa l'assistente sociale potrebbe prevedere anche l'utilizzo della visita domiciliare (Gristina, 2005). Sono infatti situazioni in cui, anche se vi è una richiesta di prestazioni da parte della persona che si rivolge al servizio, l'assistente sociale cerca, in primo luogo, di capire meglio la situazione in cui l'anziano vive. La visita domiciliare permette, infatti, di acquisire informazioni sulla situazione dell'anziano legate alla conoscenza diretta della persona e del suo ambiente di vita, come emerge dalle parole di un'assistente sociale durante l'intervista:

“Nel caso del sig. Caio mi è stata chiesta l'assistenza domiciliare,

in particolare il bagno, poi durante il colloquio mi sono accorta che il sig. Caio non ha parenti, è solo seguito da una badante, non è autosufficiente, ha bisogno di qualcuno che fa da mangiare, è cieco, e mi sono chiesta: “ma come fa a stare da solo?” Forse non è solo la richiesta del bagno, forse ha bisogno anche di altre cose, c'era una badante tra l'altro poco attendibile, insomma quel caso aveva bisogno di approfondimenti”.

La conoscenza diretta dell'anziano da parte dell'assistente sociale è un elemento che riveste un'importanza fondamentale nella valutazione della situazione soprattutto in assenza di un caregiver (Costa, 2009). Spesso si tratta di situazioni non semplici da approcciare e che possono richiedere l'aiuto di una persona che facilita il contatto con l'anziano (intermediario) e la messa in atto di accorgimenti che favoriscono il diretto mantenimento del rapporto tra l'assistente sociale e l'anziano stesso. L'assistente sociale propone a una persona, che ha fiducia nell'intervento dei servizi sociali, il ruolo di intermediario qualora abbia un rapporto privilegiato con l'anziano⁶. È fondamentale, infatti, che l'intermediario oltre ad essere un punto di riferimento per l'anziano, sia convinto che la presenza dell'assistente sociale possa essere di aiuto alla persona anziana. Questi due aspetti si rilevano essenziali perché facilitano l'inserimento dell'assistente sociale nella vita dell'anziano; in questo senso, l'intermediario ha una funzione di facilitatore nel rapporto tra l'assistente sociale e l'anziano. Inoltre, l'intermediario può anche favorire una migliore comunicazione tra i due, in altri termini può assumere un ruolo di traduttore: può facilitare la com-

prensione del linguaggio utilizzato dall'assistente sociale nel rivolgersi all'anziano. Può capitare, infatti, che l'assistente sociale, senza accorgersi, utilizzi un linguaggio o dei termini che l'anziano non conosce e di fronte ai quali può non capire e spaventarsi. In questi casi, il contributo dell'intermediario-traduttore può essere davvero molto prezioso per spiegare all'anziano il significato di alcune parole che il professionista utilizza. Ciò permette all'anziano di partecipare attivamente alla visita domiciliare, di esserne maggiormente coinvolto e magari anche tranquillizzato. Anche nella comunicazione tra anziano e assistente sociale il traduttore riveste un ruolo cruciale: può aiutare l'utente ad articolare la domanda di aiuto in termini di necessità, ma anche desideri. Capita, infatti, che gli anziani faticino a riconoscere i propri bisogni, o magari se ne vergognino. In questi casi, il traduttore può aiutare a "dar voce" a ciò che l'anziano pensa e che magari gli ha confidato più volte durante il loro rapporto.

Una volta che è stata favorita la conoscenza tra l'assistente e l'anziano, il rapporto tra i due è caratterizzato sia dall'esplicitazione dei punti di forza della persona anziana sia dal rilevamento delle difficoltà. Ciò avviene in un clima di ascolto e dialogo tra assistente sociale e anziano dove prevale la propensione a capire il mondo dell'anziano, i suoi interessi, i suoi vissuti, la sua organizzazione di vita. Tali attenzioni, generalmente, fanno piacere alle persone anziane che lamentano spesso di non trovare qualcuno con cui parlare e di sentirsi poco ascoltati (Mémin, 2002).

La rilevazione di queste strategie porta a cogliere il sapere concreto che caratterizza la pratica lavo-

rativa dell'assistente sociale, ossia il saper fare riferito all'azione, il sapere pratico, cioè quel sapere che si materializza in comportamenti, in capacità di azione, in conoscenza-in-azione ossia competenza che "contiene" il sapere tecnico (Gherardi, Bruni, 2007). Tale sapere è fortemente intrecciato al contesto in cui si sviluppa, è un sapere tacito e pratico appreso sul lavoro (Lorenz, Trivellato, 2010) che acquista una notevole rilevanza oltre al sapere disciplinare acquisito tramite lo studio. Ciò è particolarmente importante in tutte quelle situazioni in cui l'anziano non si fida di nessuno. In questi casi l'assistente sociale facilita l'acquisizione della fiducia nei suoi confronti cercando di "agganciarlo", in altri termini cercando di diventare un estraneo di fiducia (Pittaluga, 2000). Per agganciare l'anziano capita che l'assistente sociale lavori per mesi mettendo in atto strategie già sperimentate in passato e funzionanti, ma anche inventando, con creatività, ciò che può essere utile nella specifica situazione, come racconta un'assistente sociale: *"Qualche anno fa ho seguito la Sig.ra Carola e ho fatto lavoro di strada. La seguivo per strada, sapevo che andava in un bar e mi facevo trovare al bar.*

La sig.ra Carola era sola, non aveva parenti e si barricava in casa mettendo la legna sulla porta. Una mattina, al bar, le ho chiesto come avrei fatto ad entrare se stava male e mi ha detto che dovevo sfondare la porta e entrare. Lì ho capito che voleva essere aiutata".

L'individualizzazione dell'intervento se si concilia bene con l'utilizzo creativo di risorse, rischia anche di portare gli interventi di servizio sociale a esperienze temporanee, sporadiche, che per quan-

to funzionanti nella specifica realtà territoriale, tendono ad essere relative solo a pochi casi. Si tratta, infatti, spesso non solo di pratiche che nascono in specifici contesti, ma anche legate alla disponibilità del singolo assistente sociale a attivare risorse alternative a quelle istituzionalizzate. In queste situazioni emerge il sapere pratico, legato allo spirito solidaristico, che caratterizza la pratica lavorativa dell'assistente sociale (Gui, 2008) anche con caratteristiche di creatività, che proprio perché legata alla singolarità del caso di cui ci si occupa, la rendono difficilmente trasferibile e generalizzabile in altri contesti lavorativi. Ciò può portare a mettere in atto comportamenti che gli assistenti sociali stessi non considerano consoni alla rappresentazione che hanno del loro ruolo professionale e, in alcuni casi, anche a non rispettare le regole formali dell'Ente per il quale prestano la loro attività lavorativa.

CONCLUSIONI

A fronte di questi dati si possono effettuare alcune considerazioni mettendo in evidenza i punti di forza e di debolezza della fase di valutazione delle situazioni con persone anziane che giungono al servizio sociale.

Un punto di forza può essere considerata la conoscenza ormai diffusa dei cittadini rispetto ai servizi esistenti a favore delle persone anziane. La notevole diffusione di specifici servizi e la loro presenza, ormai da diversi decenni nel territorio nazionale, unita al fatto che l'età anziana è una delle fasi che accompagna la vita della persona in modo fisiologico, porta buona parte dei cittadini a conoscere i

servizi esistenti, ad usufruirne per parenti e/o conoscenti maturando anche una certa competenza nel leggere il problema e nel cercare delle soluzioni.

D'altro canto l'*expertise* della persona che si rivolge al servizio sociale per anziani e l'aumento considerevole del numero dei casi (di conseguenza il minor tempo che l'assistente sociale può dedicare ad ognuno di essi) porta ad innescare il meccanismo per cui, se la situazione così come esposta dalla persona che si rivolge al servizio appare chiara e completa nella sua descrizione agli assistenti sociali, la domanda dell'utente tende a trovare come risposta l'attivazione dell'intervento richiesto. Si nota, quindi, il peso che acquisisce l'*expertise* dell'utente, non solo nel presentare le necessità dell'anziano, ma anche nell'individuare il servizio richiesto. Tale aspetto apre alcune criticità sul lavoro svolto dagli assistenti sociali nella fase valutativa che si ripercuotono in tutto il progetto di aiuto. Per l'urgenza di rispondere ai bisogni sociali vi è infatti la possibilità di ridurre il progetto di intervento alla mera erogazione delle prestazioni richieste non prendendo in considerazione la complessità e la globalità della situazione in cui l'anziano vive. Si rischia così di non porsi come reale opportunità di aiuto alle persone, ma di ridursi alla comprensione del servizio da attivare e non di progetti di intervento più ampi in cui la prestazione è solo una parte del processo di aiuto (Campanini, 2008), automatismo che non conduce necessariamente né all'ottimizzazione dei tempi dedicati all'utente, né all'efficacia dell'intervento. Da questi dati emerge come vi sia la tendenza, da parte degli assi-

stenti sociali, a rispondere alle richieste effettuate, non solo dall'utente, ma anche da parte dell'Ente in cui sono inseriti che stimola le prese in carico. Tale aspetto si pone in linea con quanto emerso anche in altre ricerche (Marshall, 1994; Gui, 2008) dove si rileva che gli assistenti sociali tendono a rispondere prontamente alle richieste dei cittadini erogando servizi, modalità protesa alla realizzazione di interventi che possano fornire un aiuto sul piano materiale di fronte alla situazione di disagio sociale che le persone vivono.

Occorre inoltre riconoscere che nel lavoro di valutazione della situazione della persona anziana effettuato dall'assistente sociale esistono delle notevoli potenzialità per instaurare in modo proficuo una relazione con le persone che si rivolgono al servizio con lo scopo di porsi d'aiuto per la persona anziana. Infatti, l'attenzione del professionista viene prestata a ciò che la persona racconta, a come lo esprime, alla sua lettura della si-

tuazione, elementi considerati come base per poter impostare l'aiuto (Parton e O'Byrne, 2005; Milner e O'Byrne, 2005). In questo modo di vedere l'assistente sociale è l'esperto in grado di aiutare non tanto a trovare la soluzione, ma a costruire soluzioni con le persone che si rivolgono ai servizi favorendo una "conoscenza situata" ossia una conoscenza che nasce e si sviluppa nell'incontro tra assistente sociale e utente.

Nonostante ciò l'attuale sistema di aiuti a favore delle persone anziane presenta anche delle debolezze legate alla carenza di risorse adeguate e alla necessità di istituire liste d'attesa per l'accesso ai servizi. Per far fronte a questo problema ed effettuare almeno la fase valutativa in tempi ristretti rispetto alla richiesta delle persone che si rivolgono ai servizi, si è potuto osservare l'affidamento di una parte del lavoro professionale dell'assistente sociale in fase valutativa a un altro professionista. Ciò, se da un lato permette di far fronte al-

LETTURE...



le numerose richieste provenienti dall'utenza, dall'altro lato solleva aspetti di criticità riconducibili alla delega ad altri professionisti di competenze caratterizzanti la specificità professionale dell'assistente sociale⁷. Infatti, di fronte alla richiesta dell'utente di assistenza domiciliare viene presa in considerazione la chiarezza espositiva e la coerenza tra le necessità assistenziali rilevate e il servizio richiesto delegando la valutazione delle condizioni della persona anziana al domicilio all'ausiliario socio-assistenziale. Ciò significa porre poca attenzione al significato attribuito a tale richiesta, in quello specifico momento, dall'anziano e dalla sua famiglia e/o alla possibilità di effettuare altri interventi. Per quanto

concerne il secondo aspetto, ossia la delega della valutazione della situazione in cui vive l'anziano ad un altro professionista, si rileva che potrebbe portare, nel tempo, a una perdita di competenze non praticate che vengono affidate ad altre professioni (Tousjn, 2000).

1] Gli autori anglosassoni parlano di *assessment* che, benché qualora tradotto venga considerato affine alla valutazione, accentua maggiormente il carattere di accertamento di fatti, in vista di un giudizio discrezionale e una successiva presa di decisione ponderata (Folgheraiter, 1998: 288), mentre il termine valutazione sottolinea il processo di costruzione di significato attraverso il quale si esprime un giudizio (Bertotti, Merlini, Filippini, 2008:117).

2] Si tratta essenzialmente di interviste non strutturate realizzate nei contatti informali durante la presenza sul campo.

3] Dal punto di vista del campionamento dato il ristretto numero di assistenti sociali operanti

nell'ufficio anziani le interviste hanno coperto l'intero universo di riferimento.

4] Nelle ricerche etnografiche – che si basano prevalentemente sull'osservazione partecipante – gli attori osservati spesso vengono intervistati anche per chiarire i dubbi del ricercatore sulla corretta interpretazione dell'osservazione (Bruni, 2003, Marzano, 2006).

5] È anche abbastanza usuale l'utilizzo di scale riconosciute universalmente all'indice di Barthel (Shah *et al.*, 1989) e alla scala delle attività strumentali quotidiane (IADL elaborata da Lawton e Brody, 1969) per la misurazione dell'indice di autosufficienza della persona anziana.

6] L'intermediario può essere il segnalante, ma può anche essere un'altra persona che l'assistente sociale individua con il segnalante. In ogni caso, l'interazione tra il segnalante e l'assistente sociale è fondamentale per giungere a individuare il possibile intermediario.

7] L'accoglimento da parte degli assistenti sociali di questa strategia si pone a conferma di quanto rilevato in una recente ricerca in cui emerge come la figura professionale dell'assistente sociale sia lontana da tentazioni di chiusura monopolistica professionale basata sui saperi esclusivi (Lorenz, Trivellato, 2010).

Bibliografia

- ALLEGRI E., PALMIERI P., ZUCCA F., *Il colloquio nel servizio sociale*, Carocci, Roma, 2006.
- BARTOLOMEI A., PASSERA A.L., *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*, CieRre, Roma, 2011.
- BERTOTTI T., MERLINI F., FILIPPINI S., *Valutazione dei casi e diagnosi sociale*, in DE AMBROGIO *et al.*, *L'assistente sociale e la valutazione*, Carocci, Roma, 2008.
- CAMPANINI A., *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci Faber, Roma, 2008.
- COSTA G., *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, Roma, 2008.
- FACCHINI C. (a cura di), *Anziani e rete dei servizi*, Provincia di Milano, Università Bicocca, 2003.
- FACCHINI C., RIVA V., *Anziani, non autosufficienza e servizi. Il caso della Lombardia*, in "Argomenti SPI", 2009, n. 1.
- FERRARIO F., *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, Carocci, Roma, 2004.
- FOLGHERAITER F., *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- GHERARDI S., BRUNI A., *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- GOBO G., *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma, 2001.
- GRISTINA D.A., voce "Visita domiciliare", in DAL PRA PONTICELLI M., (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005, pp. 768-770.
- GUI L., *Tre committenti per un mandato*, in LAZZARI F. (a cura di), *Servizio sociale trifocale. Le azioni e gli attori delle nuove politiche sociali*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- LORENZ W., TRIVELLATO P., *Una professione in movimento*, in FACCHINI C. (a cura di), *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna, 2010.
- MARSHALL M., *Social Work with Old People*, Macmillan Education, 1983; trad. it. *Il lavoro sociale con l'anziano*, Erickson, Trento, 1994.
- MÉMIN C., *Comprendre la personne âgée*, Bayard, Paris; trad. it. *Comprendere la persona anziana*, Elledici, Torino, 2002.
- MILNER J., O'BYRNE P., *Assessment in Social Work*, Palgrave Macmillan, New York, 1998, trad. it. *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, Trento, 2005.
- PARTON N., O'BYRNE P., *Costruire soluzioni sociali. Costruzionismo e nuove pratiche di lavoro sociale*, Erickson, Trento, 2005.
- PITTALUGA M., *L'estraneo di fiducia. Competenze e responsabilità dell'assistente sociale*, Carocci, Roma, 2000.
- TOUSJN W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna, 2000.
- ZINI M.T., MIODINI S., *Il colloquio di aiuto. Teoria e pratica nel servizio sociale*, Carocci, Roma, 2006.

Sommario

97

Il futuro delle aziende sociali dopo la *Spending Review*

Franco Pesaresi

105

La dimensione comunitaria dei servizi sociali di interesse generale

Alceste Santuari

113

Modelli di welfare: come rilevarne la convenienza?

Elena Gamberini

IL FUTURO DELLE AZIENDE SOCIALI DOPO LA SPENDING REVIEW

Franco Pesaresi *

La gestione associata è in grado di migliorare l'organizzazione e la qualità dei servizi, ma la normativa più recente non la sostiene adeguatamente

Le aziende sociali a cui ci si riferisce nel presente lavoro sono aziende di proprietà pubblica (Aziende speciali anche consortili, Aziende di servizi alla persona, consorzi intercomunali, ecc.) che gestiscono servizi sociali soprattutto in forma associata intercomunale.

Il nuovo quadro normativo ed in particolare il d.l. 95/2012 (*Spending review*) ha modificato le prospettive delle aziende sociali obbligandole alla soppressione e all'accorpamento?

Qual è l'impatto della nuova normativa sulle forme gestionali dei servizi sociali?

Queste note cercano di dare le risposte essenziali ai precedenti interrogativi.

COSA PREVEDE IL D.L. 95/2012 (SPENDING REVIEW)?

Il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, come modificato a seguito dell'ap-

provazione della legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135, all'art. 9 prevede che:

- Le Province e i Comuni sopprimono o accorpano o, in ogni caso, assicurano la riduzione dei relativi oneri finanziari in misura non inferiore al 20 per cento, enti, agenzie e organismi comunque denominati e di qualsiasi natura giuridica che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, esercitano, anche in via strumentale, funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, comma secondo, lett. p), della Costituzione o funzioni amministrative spettanti a Comuni, Province, e città metropolitane ai sensi dell'art. 118, della Costituzione;
- Le disposizioni di cui al punto precedente non si applicano alle aziende speciali, agli enti ed alle istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, educativi e culturali;

1] Direttore Azienda servizi alla persona "Ambito 9" di Jesi (AN); Presidente Anoss.

- In sede di Conferenza unificata si provvede mediante intesa all'individuazione dei criteri e della tempistica per l'attuazione delle disposizioni. È fatto divieto agli enti locali di istituire enti, agenzie e organismi comunque denominati e di qualsiasi natura giuridica, che esercitino una o più funzioni fondamentali e funzioni amministrative loro conferite ai sensi dell'art. 118, della Costituzione.

Inoltre l'art. 19 del d.l. 95/2012 prevede che i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti esercitano obbligatoriamente in forma associata, mediante unione di Comuni o convenzione, le funzioni fondamentali dei Comuni fra le quali quella relativa alla progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

Queste norme pongono una serie di interrogativi che investono il presente e il futuro delle aziende sociali e comunque di tutti quegli enti che gestiscono in modo associato i servizi sociali a livello intercomunale. Vediamoli singolarmente.

LE AZIENDE SOCIALI DEVONO ESSERE SOPPRESSE O ACCORPATE?

Le aziende sociali (aziende servizi alla persona (ASP), consorzi socio-assistenziali, aziende speciali anche consortili ed altri enti ed aziende che gestiscono i servizi socio-assistenziali) non sono sottoposte all'obbligo di soppressione o accorpamento previsto per gli altri enti, agenzie e organismi comunque denominati e di qualsiasi natura giuridica. Infatti, dopo il comma 1 dell'art. 9 del d.l. 95/2012, che stabilisce appunto tali obblighi la norma agguinge al comma

1-bis, (inserito in sede di conversione in legge del decreto) che "Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle aziende speciali, agli enti ed alle istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali, educativi e culturali".

Detta deroga rende esplicito il favore del legislatore verso enti, istituzioni e simili operanti in tali settori di particolare impatto sociale. Alla luce della normativa sopravvenuta, come ha precisato la Corte dei conti del Piemonte con il parere n. 10/2013, può sostenersi che l'obbligo di soppressione dei consorzi di funzione, sancito dall'art. 2, comma 186, l. n. 191/2009, non sia più operante con riferimento ai consorzi socio-assistenziali.

SI POSSONO ISTITUIRE NUOVE AZIENDE SOCIALI?

Secondo il comma 6 dell'art. 9 del d.l. 95/2012 è fatto divieto agli enti locali di istituire enti, agenzie e organismi comunque denominati e di qualsiasi natura giuridica, che esercitino una o più funzioni fondamentali. Tra le funzioni fondamentali troviamo, ovviamente, anche la gestione dei servizi sociali. Sembrerebbe che non si possano costituire nuove aziende sociali. Ma è davvero così?

Anche le stesse sezioni regionali della Corte dei conti, nell'esprimere i loro pareri hanno opinioni non sempre coincidenti.

La sezione Lombardia della Corte dei conti (parere n. 514/2012) rispondendo al Comune di Legnano che aveva richiesto un parere avente ad oggetto l'istituzione di un'azienda speciale consortile per lo svolgimento di funzioni sociali, assistenziali, educative e socio-sanitarie per i Comuni di tutto l'Ambito sociale ha precisato che il divie-

to "non può che comprendere anche le fondazioni ed in genere tutti gli organismi strumentali creati dall'ente locale".

Sulla stessa lunghezza d'onda il successivo parere n. 48/2013 della Corte dei conti Sardegna che fornendo un parere al Sindaco del Comune di Settimo San Pietro in merito alla possibilità di costituire una azienda speciale per l'esercizio delle funzioni sociali, assistenziali, educative, ritiene che il divieto di cui all'art. 9, comma 6, del d.l. 5 luglio 2012, n. 95, costituisca preclusione assoluta alla costituzione di un'azienda speciale con oneri a carico del bilancio comunale, quand'anche per finalità di assistenza sociale e più in generale per servizi di assistenza alla persona.

Di parere diverso invece la Corte dei conti del Lazio che con deliberazione n. 2/2013 rispondendo al Comune di Frosinone ritiene di evidenziare che l'azienda speciale, quale ente strumentale dell'ente locale, di cui all'art. 114 del Tuel, non rientra, per espressa previsione normativa, al pari delle istituzioni, tra "gli enti, agenzie e organismi comunque denominati e di qualsiasi natura giuridica che esercitano una o più funzioni fondamentali e funzioni amministrative loro conferite, ai sensi dell'art. 118 della Costituzione", di cui al richiamato art. 9, comma 6, del d.l. n. 95 del 2012. La Corte dei conti, sez. Lazio, in sostanza ritiene che l'art. 9, comma 6, del d.l. 5 luglio 2012, n. 95 non sia applicabile alle aziende speciali.

In realtà i vari pareri forniti dalle sezioni regionali della Corte dei conti hanno omesso di sviluppare la riflessione più importante relativa alla competenza legislativa de-

finita dalla Costituzione sui servizi socio-assistenziali e sulle relative modalità di gestione. Decisiva da questo punto di vista è la distinzione di legge fra i servizi pubblici di rilevanza economica e quelli privi di rilevanza economica. L'opinione di chi scrive è che per questi ultimi, la competenza relativa alla loro organizzazione e alle modalità di gestione sia esclusivamente regionale per cui non si applicherebbero le norme di cui all'art. 9 del d.l. 95/2012.

Le aziende sociali gestiscono servizi pubblici privi di rilevanza economica?

Il d.l. 30 settembre 2003, n. 269, (convertito nella legge 24 dicembre 2003, n. 350), ha distinto i servizi pubblici "a rilevanza economica" dai servizi pubblici "privi di rilevanza economica".

Le due tipologie di servizi pubblici, però, non sono state definite dalla legge. In assenza di una disposizione legislativa che ne fornisca la definizione, al fine di delineare i tratti distintivi delle due diverse tipologie di servizi, occorre rifarsi alla giurisprudenza nazionale e comunitaria.

In particolare, la costante giurisprudenza comunitaria, ha indicato che spetta al legislatore nazionale valutare circostanze e condizioni in cui il servizio viene prestato, tenendo conto, in particolare, per i servizi pubblici privi di rilevanza economica, dell'assenza di uno scopo precipuamente lucrativo, della mancata assunzione dei rischi connessi a tale attività ed anche all'eventuale finanziamento pubblico dell'attività in questione (Corte di giustizia Ce, sentenza 22 maggio 2003, causa 18/2001; Corte Cost. n. 272/2004) (Caroselli, 2005).

Pertanto, l'attività produttiva può dirsi condotta con metodo economico quando le entrate percepite per l'attività sono tese a remunerare i fattori produttivi utilizzati, consentendo nel lungo periodo la copertura dei costi con i ricavi. *"Non può invece"* – afferma la Corte dei conti in un parere reso nel 2009 – *"qualificarsi come "attività economica" la produzione, sia da parte di un soggetto pubblico che di un soggetto privato, di beni o servizi erogati gratuitamente o a prezzo politico, ciò che fa oggettivamente escludere la possibilità di coprire i costi con i ricavi"* (Parere Corte dei conti n. 195/2009).

Il discrimine tra il carattere della rilevanza economica o meno del servizio pubblico, dunque, non è dato né dalla natura dell'attività né dal suo oggetto né dall'essere un servizio pubblico. Infatti il servizio pubblico che ha carattere commerciale deve assicurare, ex art. 2082 del c.c., almeno l'equilibrio fra costi e ricavi del servizio mentre il servizio pubblico privo del requisito dell'economicità, invece, deve essere essenzialmente garantito dalla fiscalità generale dell'ente e comunque dagli ordinari mezzi di bilancio.

"Gli effetti si dislocano in una duplice prospettiva: il primo è che risolvendosi il servizio pubblico a carattere commerciale in una attività economicamente rilevante per il mercato della produzione e distribuzione di beni e servizi va assicurato il rispetto dei principi comunitari della concorrenza (al di fuori delle ipotesi di autoproduzione del servizio da parte dell'ente), mentre a dette regole non è assoggettato, rispondendo ad altre esigenze, il servizio pubblico non economico" (Parere Corte dei conti n. 195/2009).

Le due discipline sono sempre state ispirate a due differenti fili conduttori; mentre per i servizi aventi rilevanza economica l'elemento ispiratore è costituito dalla tutela della concorrenza nell'erogazione, nel caso dei servizi privi di rilevanza economica le esigenze della concorrenza appaiono sensibilmente temperate dall'esigenza di dare massima espressione alla dimensione sociale, che in questi servizi assume grande rilievo.

Pertanto, deve ritenersi di rilevanza economica il servizio che si innesta in un settore per il quale esiste, quantomeno in potenza, una redditività, e quindi una competizione sul mercato e ciò ancorché siano previste forme di intervento finanziario pubblico dell'attività in questione; può invece considerarsi privo di rilevanza quello che, per sua natura o per le modalità con cui viene svolta la relativa gestione, non dà luogo ad alcuna competizione e quindi appare irrilevante ai fini della concorrenza (cfr., in tal senso, T.A.R. Puglia n. 1318/2006; T.A.R. Sardegna 2 agosto 2005, n. 1729; T.A.R. Liguria, sez. II, 28 aprile 2005, n. 527; T.A.R. Campania 7 novembre 2003, n. 13382; T.A.R. Umbria 24 ottobre 2003, n. 821).

Da quanto precede ne consegue che le aziende sociali (e cioè le aziende e gli enti di proprietà pubblica che gestiscono servizi sociali), non avendo uno scopo lucrativo, erogando servizi gratuitamente o a prezzo politico, e con ciò escludendo oggettivamente la possibilità di coprire i costi con i ricavi degli utenti, non assumendo il rischio d'impresa in quanto il finanziamento delle attività deriva dalla contribuzione pubblica, gestiscono servizi pubblici privi di rilevanza economica.

La normativa applicabile ai servizi privi di rilevanza economica

Prima di essere abrogato dalla Corte Costituzionale, l'art. 113-bis del d.lgs. n. 267/2000 prevedeva la gestione dei servizi pubblici locali privi di rilevanza economica mediante affidamento diretto a istituzioni, aziende speciali, anche consortili, società a capitale interamente pubblico controllate dagli enti locali, ovvero, in caso di modeste dimensioni del servizio o caratteristiche che lo rendessero opportuno, in economia. L'art. 113-bis costituiva, infatti, norma derogatoria e di carattere eccezionale consentendo di affidare in concessione i servizi pubblici ad uno specifico soggetto economico (la società a capitale interamente pubblico) senza dover ricorrere alle procedure di evidenza pubblica che, altrimenti, dovrebbero necessariamente connotare l'affidamento in concessione di un pubblico servizio, indipendentemente anche dall'operatività o meno, nel settore specifico di cui si tratta, delle norme o dei principi di fonte comunitaria.

Mentre nel caso dei servizi locali di rilevanza economica l'art. 113 prevede procedure diverse, l'art. 113-bis, per l'appunto, per i servizi privi di rilevanza economica disponeva la gestione mediante affidamento diretto senza gara.

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 272/2004, ha dichiarato l'incostituzionalità del citato art. 113-bis del Tuel in materia di servizi privi di rilevanza economica, in quanto, nella valutazione della Corte, questi servizi non attono alla tutela della concorrenza (come invece i servizi di rilevanza economica) e perciò la relativa disciplina non spetta alla competenza statale ex art. 117 della Co-

stituzione ma alle regioni (Caroselli, 2005).

A tale proposito la Corte ha opportunamente richiamato il "Libro Verde sui servizi di interesse generale" del 21 maggio 2003, in cui la Commissione Europea ha affermato che le norme sulla concorrenza si applicano soltanto alle attività economiche, dopo aver precisato che la distinzione tra attività economiche e non economiche ha carattere dinamico ed evolutivo, cosicché non sarebbe possibile fissare a priori un elenco definitivo dei servizi di interesse generale di natura "non economica".

Il d.l. 95/2012, dunque, non può intervenire sulle modalità di gestione dei servizi pubblici privi di rilevanza economica in quanto la competenza legislativa esclusiva è delle Regioni.

A seguito dell'intervento della Consulta sopra esposto, si è di fatto determinato un "vuoto di disciplina dei servizi privi di rilevanza economica, che non è stato colmato neppure dall'art. 23-bis del d.l. n. 112/2008, il quale si riferisce espressamente ai servizi a rilevanza economica" (Parere Corte dei conti 195/2009).

Adesso, quali sono le forme organizzative che gli enti locali possono utilizzare per gestire i servizi che non assumono rilevanza economica? Il problema si pone, in particolare, per quei servizi che non sono disciplinati da leggi statali o regionali di settore. È chiaro, infatti, che, in tal caso, continueranno a trovare applicazione le disposizioni di carattere speciale regolanti il servizio.

Qualora, invece, il servizio non risulti disciplinato da alcuna disciplina di settore, statale o regionale, né la Regione abbia adottato una disciplina generale in mate-

ria, "... ci sarà dunque spazio per una specifica ed adeguata disciplina di fonte regionale ed anche locale" (Corte Costituzionale sent. n. 272/2004).

Quest'ultima precisazione induce a ritenere che, con l'abrogazione della norma statale di previsione delle forme tipiche di gestione dei servizi pubblici non economici, in assenza di previsioni statali di settore, ovvero generali o settoriali regionali, gli enti locali, nell'esercizio del proprio potere organizzativo, vedano ampliato il ventaglio della scelta delle forme organizzative. Eliminato, cioè, l'art. 113-bis, con il quale il legislatore, indicando le singole forme organizzative consentite per la gestione dei servizi non economici, precludeva agli enti locali l'utilizzo di altri modelli, si ritiene sia venuto meno tale limite al potere organizzativo locale. *Nel nuovo quadro normativo, gli enti locali risultano quindi legittimati a ricorrere a più forme organizzative per la gestione dei servizi privi di rilevanza economica, anche se non previste direttamente dal D.Lgs. 267/2000* (Caroselli, 2005). In queste situazioni si evidenzia dunque la possibilità per le singole amministrazioni di individuare o continuare a gestire i servizi privi di rilievo economico, che il consiglio comunale intendesse assumere, a mezzo di società di capitali, di aziende di servizi alla persona, di aziende consortili, di consorzi, di fondazioni o altro.

Il quadro può mutare qualora la Regione – avendone facoltà per espressa affermazione della Corte Costituzionale – approvi, nell'ambito della competenza legislativa residuale generale riconosciuta dall'art. 117 Cost., una legge di riordino dell'intera materia dei servizi pubblici locali privi di rilevanza

za economica (o anche una legge settoriale per singoli servizi), definendo in tal modo gli strumenti a disposizione dei Comuni, singoli o associati, per la relativa gestione. In definitiva, quindi, la dottrina e la giurisprudenza sono concordi nel riconoscere che, a seguito dell'intervento della Corte Costituzionale, la disciplina dei servizi privi di rilevanza economica e le forme di gestione degli stessi non possa essere contenuta in una legge dello Stato ma essere lasciata all'autonomia regionale (potestà legislativa esclusiva regionale) e, per il principio costituzionale del decentramento amministrativo, a quella degli enti territoriali minori.

Deve, dunque, ritenersi che, nel silenzio della legge regionale, la base normativa di riferimento possa oggi essere rinvenuta negli statuti degli Enti locali, in virtù sia dell'espresso riconoscimento, da parte della sentenza della Corte Costituzionale n. 272/2004 del ruolo dell'"autonomia locale" nella disciplina di tali servizi, sia, a maggior ragione, della dignità conferita a tali atti nel sistema delle fonti dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Le Regioni si sono dotate di una disciplina dei servizi pubblici privi di rilevanza economica?

È facoltà delle Regioni – prevista esplicitamente dalla Corte Costituzionale nella citata sentenza 272/2004 – approvare, nell'ambito della competenza legislativa residuale riconosciuta dall'art. 117 Cost., una normativa sulla modalità di gestione associata dei servizi sociali, definendo in tal modo tutti gli strumenti a disposizione dei Comuni per la relativa gestione, anche alla luce della recente normativa che obbliga i Comuni con

meno di 5.000 abitanti alla gestione associata dei loro servizi.

In genere, le Regioni italiane non hanno approvato una disciplina organica sui servizi pubblici privi di rilevanza economica ma hanno, spesso, una normativa settoriale ed incompleta relativa alla materia. Frequentemente si riscontrano, per esempio, leggi settoriali sui servizi sociali che (quasi incidentalmente) prevedono la possibilità di usare l'una o l'altra forma gestionale associata. Prima dell'approvazione del d.l. 95/2012 (*Spending review*) le Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria hanno previsto genericamente una gestione associata a livello di Ambito lasciando ai Comuni la possibilità di scegliere quella più adatta secondo il Tuel (d.lgs. 267/2000). Dopo l'approvazione del d.l. 95/2012 due Regioni (Piemonte e Puglia) hanno già approvato leggi sulla gestione associata con la stessa impostazione. Si segnala che la Regione Piemonte ha appena approvato la l.r. n.11 del 28 settembre 2012 "Disposizioni organiche in materia di enti locali" per recepire il d.l. 95/2012 con particolare riferimento alle norme sulla gestione associata dei piccoli Comuni. Ebbene, tale legge prevede che la gestione associata dei piccoli Comuni si possa fare con le convenzioni, con le unioni e per i servizi socio-assistenziali con i consorzi, che non sono previsti esplicitamente dal d.l. 95/2012. In Piemonte, infatti, c'è questa grande tradizione dei consorzi e quasi tutti i Comuni hanno affidato la gestione dei servizi sociali di Ambito ai consorzi. Ancor più recentemente la Regione Puglia con la

l.r. 7/2013 ha lasciato ampia libertà di scelta circa la tipologia dello strumento da utilizzare per la gestione associata dei servizi sociali. Il Governo non ha ovviamente impugnato le leggi perché la competenza è della Regione.

Questi, allo stato attuale, rappresentano gli unici punti di riferimento normativo a cui guardare. Rimane l'auspicio che le Regioni si dotino di un quadro normativo organico e completo sulle modalità e le forme di gestione dei servizi pubblici privi di rilevanza economica soprattutto nei casi di gestione associata intercomunale.

Le riflessioni logiche sviluppate, l'interpretazione della normativa nazionale e della sentenza della Corte Costituzionale n. 272/2004, le prime esperienze applicative delle Regioni ci portano dunque ad affermare che c'è ancora la possibilità di costituire nuove aziende sociali a condizione che venga esplicitamente previsto con legge dalle singole regioni e che le nuove aziende sociali si occupino della gestione dei servizi privi di rilevanza economica (a cui si possono aggiungere le farmacie).

LE AZIENDE SOCIALI POSSONO SODDISFARE L'OBBLIGO DI GESTIONE ASSOCIATA PREVISTA DAL D.L. 95/2012?

L'art. 19 del d.l. 95/2012 prevede che i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti esercitano obbligatoriamente in forma associata, mediante unione di Comuni o convenzione, le funzioni fondamentali dei Comuni fra le quali quella relativa alla progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

Le varie aziende sociali, ovviamente attraverso la convenzione, possono soddisfare l'obbligo di gestione associata prevista dal d.l. 95/2012 nel caso i Comuni affidino loro la gestione della funzione relativa ai servizi sociali?

Pietro Barrera nella "Guida normativa 2013 per l'amministrazione locale" (Maggioli editore) sottolinea che negli ultimi due anni, relativamente al ricorso alle convenzioni, si sono chiariti tre aspetti:

- a) che il legislatore non ha posto alcun vincolo per il numero delle convenzioni che possono essere stipulate dal singolo Comune;
- b) che il legislatore non ha posto alcun vincolo per la soglia demografica da raggiungere in ciascuna convenzione;
- c) che una convenzione può riguardare l'esercizio associato di più funzioni, ma anche di una sola funzione, o di parti di essa: uno o più servizi o specifiche attività.

La convenzione – secondo Pietro Barrera – che può essere stipulata tanto dai Comuni quanto dalle Unioni dei Comuni può essere preziosa per salvaguardare esperienze associative che già esistono e funzionano – su scala territoriale maggiore delle Unioni di Comuni – e che sarebbe sciocco distruggere in nome di una nuova modellistica associativa: si pensi, per fare un esempio, ai consorzi per la gestione dei servizi sociali o ad altro ente di gestione nell'ambito di un comune Piano sociale di zona.

In base a questo autorevole parere, le convenzioni per l'affidamento della gestione della funzione dei servizi sociali ad una azienda sociale che opera a livello intercomunale adempie all'obbligo di gestione associata delle funzioni fondamentali richiesto ai Comuni con

popolazione fino a 5.000 abitanti. Un punto di vista più restrittivo sembra invece avere la Corte dei conti della Lombardia.

Infatti, su un quesito simile si è recentemente espressa la sezione Lombarda della Corte dei conti con il parere n. 15/2013 e precisamente in ordine *al quesito se "Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti già associati tramite convenzione o Unione possano mantenere la loro partecipazione diretta in una azienda consortile nominando un rappresentante comune della forma associativa"*. La Corte dei conti della Lombardia ha rilevato che i divieti derivanti dalle previsioni di legge sono comminati con esclusivo riferimento ai Comuni, laddove a mente dell'art. 32 Tuel *"Le unioni di Comuni sono enti locali costituiti da due o più Comuni di norma contermini, allo scopo di esercitare congiuntamente una pluralità di funzioni di loro competenza"*. "Ne consegue che, una volta insorta per geminazione l'unione dagli enti aderenti, la stessa rappresenta un ente novello e distinto e non la mera sommatoria degli enti rappresentati, con la conseguenza che in mancanza di diversa previsione di legge non potranno essere *sic et simpliciter* estese le disposizioni per le stesse vigenti. In secondo luogo, soccorre una considerazione derivante dall'interpretazione teleologica delle norme proibitive, che hanno inteso precludere la creazione di artificiose superfezioni (come le forme associative "gemelle" e le stabili organizzazioni di Comuni di minimali dimensioni) e non già la ricerca dell'ottimale dimensione organizzativa. Nel caso prospettato quest'ultimo obiettivo, come quello di riduzione dei centri di spesa, risulta ef-

fettivamente conseguito in quanto la partecipazione all'azienda consortile è realizzata non già dal Comune di limitate dimensioni, quanto dall'Unione autonomamente partecipata, evidentemente dopo aver ponderato l'insufficienza della propria organizzazione a svolgere i servizi assunti. Resta ferma, ovviamente, l'esigenza di valutare l'effettiva razionalità della gestione attuata in forma consortile" (Corte dei conti Lombardia, parere n. 15/2013).

In sostanza la Corte dei conti lombarda afferma che non i singoli Comuni con meno di 5.000 abitanti ma l'Unione dei Comuni, a cui gli stessi partecipano, può legittimamente decidere di partecipare (o di mantenere la partecipazione) ad una azienda consortile od altro ente intercomunale per la gestione associata dei servizi comunali.

Anche in questo caso le interpretazioni normative si devono ancora sedimentare e trovare una sintesi ma si sta andando in una direzione inequivoca che in un modo o in un altro permette ai Comuni più piccoli di gestire in modo associato la funzione socio-assistenziale anche con l'uso di aziende sociali.

SI POSSONO FARE TRASFORMAZIONI DI ENTI/AZIENDE PARTECIPATE IN AZIENDE SPECIALI?

Dopo l'approvazione del d.l. 95/2012 si possono fare trasformazioni di enti/aziende partecipate in aziende speciali o aziende sociali di altro tipo?

Un parere su un quesito simile è stato richiesto dal Sindaco di Frosinone alla Sezione del Lazio della Corte dei conti. In particolare, il Sindaco ha chiesto un parere circa la trasformazione della neo istituita

“Servizi Strumentali s.r.l.” in azienda speciale per la gestione dei servizi sociali, educativi e culturali, ai sensi dell’art. 114 del d.lgs. n. 267/2000, visto il divieto di istituire nuove aziende. In questo caso la Corte dei conti del Lazio afferma che la procedura è ammissibile ma con alcune avvertenze. “È evidente che una scelta di questo genere necessita di una previa valutazione sulla convenienza economica dell’operazione nonché una valutazione prospettica”, sulla tenuta e sulla salvaguardia degli equilibri finanziari complessivi della gestione e dei vincoli di finanza pubblica. “La costituzione di una azienda speciale potrebbe, dunque, essere ammessa nei limiti in cui il Comune affidi a detta azienda la sola gestione dei servizi sociali, educativi e culturali, quali appunto quelli relativi alla gestione degli asili nido, all’assistenza sugli scuolabus o quelli posti a supporto di servizi culturali, quali le biblioteche ed il museo comunale”.

Anche la Corte dei conti Veneto (parere n. 124/2013) ammette la trasformazione di una società in una fondazione per la gestione di una casa di riposo ma a condizione che l’operazione sia economicamente efficiente.

Non sembrano quindi esserci dubbi sulla possibilità di trasformare un ente/azienda comunale in una azienda sociale (la tipologia può essere liberamente scelta dal Comune) per la gestione dei servizi sociali, educativi e culturali.

LA RAPPRESENTATIVITÀ GEOPOLITICA NEGLI ENTI GESTORI

C’è poi un altro recente problema, largamente sottovalutato, che minaccia lo sviluppo della gestione

associata dei servizi negli ambiti territoriali sociali che è costituito dalla rappresentatività geopolitica degli organi di direzione politico-amministrativa degli enti gestori.

L’art. 4 del d.l. 95/2012 prevede consigli di amministrazione di enti pubblici di 3 o 5 membri di cui 2 o almeno 3 dipendenti dei Comuni associati.

A questo si aggiunge il recente d.lgs. 39/2013 (contro la corruzione) che all’art. 11 recita: gli incarichi amministrativi di vertice di una forma associativa tra comuni sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio del Comune o della forma associativa tra Comuni che ha conferito l’incarico.

Queste due norme significano che negli organi di direzione politico-

amministrativa come i Consigli di Amministrazione degli enti preposti alla gestione associata:

1. non ci sarà più una rappresentanza politica diretta negli organi di gestione perché non vi potranno far parte i Sindaci, gli assessori e i consiglieri comunali dei Comuni associati;
2. non ci sarà più una rappresentanza geopolitica adeguata perché i rappresentanti “politici” (esclusi i dipendenti comunali) non potranno essere più di due e questo rappresenta oggettivamente un limite di rappresentatività per degli organismi che dovrebbero gestire i servizi socio-assistenziali dell’intero ambito sociale che in genere è composto da 10-20 Comuni.

Queste norme mettono in forte di-

Bibliografia

BARRERA P., *Ai blocchi di partenza: con le funzioni associate, finalmente si fa sul serio*, in PIZZETTI F., RUGHETTI A. (a cura di), *Il nuovo sistema degli enti territoriali dopo le recenti riforme*, facente parte della *Guida normativa 2013 per l’amministrazione locale*, 2013, Maggioli Editore.

CARSELLI A., *Gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale 27 luglio 2004, n. 272 sul sistema normativo in materia di gestione di servizi pubblici locali*, pubblicato nel sito web <http://www.dirittodeiservizipubblici.it/articoli/articolo.asp?sezione=dettarticolo&id=86>, 17 febbraio 2005.

Corte Costituzionale, sentenza 27 luglio 2004, n. 272.

Corte Costituzionale, sentenza 17 luglio 2013, n. 236.

Corte dei conti – sezione regionale di controllo per la Lombardia, parere n. 195/2009 in merito all’ambito di applicazione dell’art. 23-bis del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge 6 agosto 2008, n. 133.

Corte dei conti – sezione regionale di controllo per il Piemonte, delibera n. 10/2013/SRCPIE/PAR del 22 gennaio 2013 sui consorzi socio-assistenziali.

Decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, come modificato a seguito dell’approvazione della legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”.

Regione Piemonte, l.r. 28 settembre 2012, n. 11 “Disposizioni organiche in materia di enti locali”.

Regione Puglia, l.r. 6 febbraio 2013, n. 7 “Norme urgenti in materia socio-assistenziale”.

Unione Europea, *Libro verde sui servizi di interesse generale*, 21 maggio 2003, n. COM (2003) 270, 2.3.

scussione lo sviluppo delle gestioni associate con enti o aziende.

La conseguenza potrebbe essere il venir meno dell'interesse dei Comuni verso la gestione associata se questa viene percepita come espropriante del potere dei Comuni che non trovano una adeguata rappresentanza all'interno degli organi decisori. Quale interesse dovrebbero avere i Comuni verso la gestione associata dei servizi se gli stessi Comuni sentissero che questi servizi non sono più gestiti dai loro rappresentanti.

Queste norme vanno cambiate. Le Regioni devono verificare, con grande attenzione ed impegno, se la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza e dei relativi strumenti di gestione, permette loro di regolare in maniera diversa questi aspetti. In caso positivo, come peraltro sembrerebbe, le Regioni dovrebbero prevedere con legge regionale la possibilità che gli stessi amministratori dei Comuni possano auspicabilmente

far parte degli organi decisori degli enti preposti alla gestione associata dei servizi socio-assistenziali in numero adeguato (5) in modo da rappresentare in modo congruo il territorio. Anche su questo si gioca il futuro della gestione associata.

PER CONCLUDERE

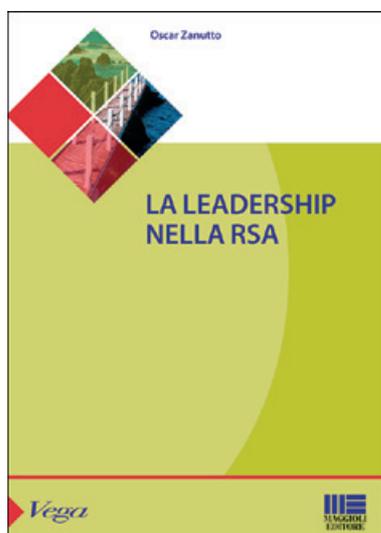
La gestione associata dei servizi socio-assistenziali, soprattutto nei territori composti da Comuni piccoli e medi, è in grado di migliorare significativamente l'organizzazione e la qualità dei servizi. La gestione associata, infatti, è in grado di:

- garantire una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio;
- garantire un'unica gestione del piano sociale di zona;
- sviluppare economie di scala;
- innalzare la qualità organizzativa dei servizi.

Sebbene la gestione associata dei servizi socio-assistenziali anche a livello di Ambito sociale, oltre che

un obbligo per i Comuni con meno di 5.000 abitanti, rappresenti un valore in sé per le potenzialità che esprime, non viene adeguatamente sostenuta dalla più recente normativa. Anzi, i dubbi, gli interrogativi e i vincoli della recente normativa rischiano di mettere a serio rischio un processo che si è avviato in tutta Italia con buoni risultati. La responsabilità è di una legislazione incompleta e convulsa che diventa facile terreno di interpretazioni anche contrastanti che mettono in difficoltà gli amministratori pubblici. Spetta al legislatore regionale, utilizzando la competenza legislativa esclusiva in materia di organizzazione sociale e di gestione dei servizi privi di rilevanza economica, provvedere a risolvere i dubbi e a promuovere senza incertezze la gestione associata.

1] E le Aziende di servizi alla persona (ASP) che non sono enti strumentali degli enti locali ma Enti pubblici non economici rientrano all'interno del divieto?



LA DIMENSIONE COMUNITARIA DEI SERVIZI SOCIALI DI INTERESSE GENERALE

Alceste Santuari *

Il carattere economico di un servizio dipende dalle effettive modalità di prestazione, organizzazione e finanziamento di una determinata attività

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il diritto dell'Unione europea non si esprime in termini di servizi pubblici o simili, come il dibattito dottrinale da un lato e la produzione normativa nazionale ci hanno abituato, ma di servizi di interesse (economico) generale¹. I servizi di interesse generale costituiscono oggetto di dibattito fin dalla nascita della Comunità europea, epoca in cui è, infatti, iniziato il braccio di ferro tra l'aspirazione tutta comunitaria alla affermazione di sistemi autenticamente concorrenziali e la volontà degli Stati membri a salvaguardare la potestà dello Stato nazionale di garantire ai propri cittadini servizi di qualità offerti a prezzi calmierati².

I servizi di interesse generale identificano attività soggette ad ob-

blighi specifici di servizio pubblico proprio perché considerate di interesse generale dalle autorità pubbliche. Sotto questa voce si ritrovano sia attività di servizio non economico (sistemi scolastici obbligatori, protezione sociale ma anche le funzioni inerenti alla potestà pubblica come la sicurezza, giustizia, la difesa ed altro) sia attività di servizio cosiddette di interesse economico generale³. I servizi di interesse economico generale sono, quindi, una specie del *genus servizi* di interesse generale: si tratta di servizi resi nell'ambito di un mercato concorrenziale all'interno del quale si trovano ad operare sia soggetti privati sia soggetti pubblici.

In ragione delle loro caratteristiche, tali servizi si pongono in una sorta di zona franca intermedia tra attività economiche, da gesti-

re secondo i canoni dell'efficienza e nell'ambito di un contesto competitivo e attività non economiche, da gestire in funzione dell'interesse generale ed in vista di obiettivi di coesione sociale o territoriale, di equità redistributiva, nonché di qualità dei servizi erogati⁴.

Fin dalla seconda metà degli anni '80, alcuni settori che tradizionalmente forniscono servizi di interesse economico generale, sotto la spinta della Comunità europea, si sono progressivamente aperti alla concorrenza. Gli esempi più evidenti sono le telecomunicazioni, i servizi postali, i trasporti e l'energia. Invero, in questo senso, l'Unione europea ha sempre promosso una liberalizzazione graduale, accompagnata da misure di tutela dell'interesse generale, in particolare volte a garantire l'accesso di ognuno, indipendentemente dal-

*] Docente di Diritto Amministrativo (dei servizi sociali) presso la Laurea Magistrale in Organizzazione e Metodologia dei Servizi Sociali – Università di Trento. È autore di contributi e saggi in tema di organizzazioni non lucrative, anche a livello internazionale, di servizi socio-sanitari e di servizi pubblici locali, tra i quali "Le organizzazioni *non profit*", Cedam, 2012.

Esperto giuridico di organizzazioni *non profit* ed ex IPAB, sperimentazioni gestionali e livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie, supporta numerose pubbliche amministrazioni (Regioni, Comuni, Unioni di Comuni, ASL) nella definizione dei modelli di erogazione dei servizi alla persona.

È Presidente della Fondazione Famiglia Materna di Rovereto (TN).

Fa parte della redazione del sito www.personaedanno.it diretto da Paolo Cendon sul quale pubblica regolarmente i propri contributi.



Figura 1 – Il professor Alceste Santuari è docente di diritto amministrativo (dei servizi sociali) presso la Laurea Magistrale in Organizzazione e Metodologia dei Servizi Sociali all'Università di Trento

la situazione economica, sociale o geografica, ad un servizio di una certa qualità ad un prezzo ritenuto mediamente accessibile.

Si può, dunque, affermare che l'Unione europea, alla luce di quanto sopra descritto, abbia sempre inteso assicurare la fruizione di servizi universali, la cui organizzazione è, tuttavia, rimessa agli Stati membri. Conseguentemente, l'organizzazione dei SIG dipende dalle tradizioni culturali, dalla storia, dalla conformazione geografica e dallo sviluppo delle tecnologie che caratterizzano ciascun Stato membro.

In ambito UE, avuto riguardo ai servizi di interesse generale di natura non economica e, più genericamente, ai servizi che non incidono sugli scambi intracomunitari, si può affermare che, in linea generale, essi non venivano considerati soggetti alle norme comunitarie in materia di concorrenza ed aiuti di Stato. A partire dalla seconda metà degli anni '90, la Commissione europea ha cominciato a dedicare maggiore attenzione al tema dei servizi di interesse generale, i quali possono essere ricondotti a prestazioni ed interventi di natura

economica che la pubblica autorità identifica essere di particolare importanza per i cittadini (criterio dell'interesse generale) e che, con ogni probabilità non sarebbero realizzati o, al più, sarebbero realizzati a condizioni diverse, se non vi fosse l'intervento pubblico. Si tratta, dunque, di servizi a "rilevanza economico-imprenditoriale" ma che richiedono, entro certi limiti, l'intervento delle autorità pubbliche.

I SERVIZI DI INTERESSE GENERALE

Allo scopo di identificare alcune caratteristiche comuni dei servizi in parola, le istituzioni europee hanno elaborato la nozione di servizi di interesse economico generale (SIEG). L'espressione è rinvenibile nel Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, in particolare nell'art. 16, introdotto con il Trattato di Amsterdam, e nell'art. 106⁵, già art. 86 nel Trattato *post* Maastricht, già art. 90 Tr. CEE (l'ex art. 90). In termini interpretativi, possiamo dunque affermare che la disposizione richiama-

ta assume "una premessa, vi collega una regola di fondo ed introduce la possibilità di una deroga eccezionale"⁶. Quando sono in gioco relazioni di tipo economico e quando, dunque, vi è una attività di impresa, la regola di fondo è il mercato aperto. In altri termini, tutte le attività economiche sono sottoposte alla libertà di concorrenza nel mercato interno ed esse ovviamente fruiscono anche delle libertà di circolazione di beni, servizi e capitali e della libertà di stabilimento. In questo contesto, non sembra registrarsi alcuno spazio, "né sul piano giuridico, né sul piano economico, per un regime pubblicistico di prestazioni di servizio pubblico, le quali siano erogate o vigilate dallo Stato, finanziate dallo Stato, svolte in regime pubblicistico, contrassegnate da provvedimenti amministrativi, giudicate da un giudice speciale (per assumere come immediato termine di confronto l'esperienza italiana); e soprattutto non si può giustificare nessuna attenuazione delle regole comunitarie poste a presidio della libertà di concorrenza⁷."

Si tratta di una regola che, tuttavia, può essere derogata qualora lo Stato membro abbia affidato ad una impresa, in particolare, una specifica missione di pubblico interesse, giustificata dai c.d. "fallimenti del mercato". Si tratta di un'attività che, in ragione delle sue caratteristiche oggettive, incontra un interesse diffuso nella collettività ai seguenti aspetti delle prestazioni erogate:

- a) alla continuità;
 - b) alla loro effettività;
 - c) alla loro qualità minima;
 - d) alla loro sostenibilità economica.
- In questi casi, le regole di concorrenza risultano sì applicate, ma in un limite di tollerabilità, che dun-

que presidia, in linea di diritto e di fatto, la realizzabilità della specifica missione⁸.

I servizi in parola, a livello comunitario, sono definiti dalle seguenti caratteristiche:

1. universalità: il servizio deve essere erogato a favore di tutti i cittadini in base ad un certo standard qualitativo e ad un prezzo accessibile;
2. continuità: per taluni servizi è vietata l'interruzione, mentre per altri è vietato l'isolamento territoriale;
3. qualità: i servizi in argomento debbono presentare determinati standard qualitativi;
4. accessibilità: i servizi, sia in termini di tariffe praticate, sia in termini territoriali, debbono poter essere fruiti da tutti i cittadini UE;
5. tutela dei consumatori.

I SIEG debbono, quindi:

1. "offrire" una chiara e facile identificazione degli obblighi di servizio pubblico;
2. risultare trasparenti ed *accountable* con riguardo specifico alle clausole contrattuali, alle tariffe applicate e alle condizioni di finanziamento del servizio;
3. costituire una effettiva scelta per i consumatori/utenti tra varie opzioni possibili e tra vari erogatori.

In questo senso, le istituzioni UE intendono "farsi carico" di garantire servizi efficienti, di qualità apprezzabile, non discriminatori ed accessibili. Conseguentemente, ben si comprende perché i SIEG, alla stregua di altri servizi, siano soggetti alla norme del Trattato CE in materia di mercato interno e concorrenza, atteso il loro carattere economico. Tuttavia, è oppor-

tuno ricordare che il carattere economico di un servizio non dipende dallo *status* giuridico del prestatore né dalla natura del servizio, bensì dalle effettive modalità di prestazione, organizzazione e finanziamento di una determinata attività. Contestualmente, quindi, le istituzioni comunitarie hanno elaborato il concetto di "servizio universale", quale insieme delle esigenze di interesse generale cui dovrebbero essere assoggettate, nell'intera comunità determinate attività. Tale concetto prende le mosse dalla constatazione del fallimento delle regole di mercato quando queste si debbono applicare ai servizi sociali, i quali non si differenziano tanto in ragione delle formule giuridico-organizzative impiegate per la loro erogazione, quanto piuttosto per le finalità cui i servizi sociali e con essi i sistemi di *welfare* nazionali e comunitario risultano preordinati⁹.

I SERVIZI SOCIALI DI INTERESSE GENERALE

Anche, dunque, per i servizi sociali, accanto ai servizi a rilevanza economica, si deve registrare una certa influenza del diritto comunitario sul e nel nostro ordinamento¹⁰. Ciò "richiede, alla luce del momento giuridico ed economico attuale, di indagare innanzitutto se il diritto comunitario – normativo e giurisprudenziale – comporti un arretramento nella protezione dei diritti sociali a vantaggio delle libertà economiche nello spazio europeo, rispetto a quella assicurata a livello nazionale o, al contrario, una valorizzazione nuova"¹¹. Al riguardo, preme evidenziare che l'attenzione da parte dell'Unione europea nei confronti della "materia" dei servizi sociali e dell'assistenza

in generale¹² è andata progressivamente aumentando nel corso degli ultimi decenni¹³, ancorché questi ultimi anni di crisi economico-finanziaria abbiano impattato significativamente sul livello di esigibilità dei diritti sociali¹⁴.

Per molto tempo "attratti" in una "zona franca"¹⁵, i servizi sociali, in specie a livello comunitario, hanno cominciato ad attirare l'attenzione delle istituzioni europee soprattutto in materia di concorrenza¹⁶. La Commissione europea ha espresso il suo *favor* nei confronti di un approccio più liberale nei confronti dei servizi sociali e delle modalità gestionali ed organizzative degli stessi¹⁷:

1. nel Libro Verde sui servizi di interesse generale del 2003¹⁸;
2. nella Comunicazione intitolata "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea"¹⁹.

Preme evidenziare che, fino ad epoca recente, nel settore dei servizi sociali era assente una "dimensione comunitaria", assenza alla quale si è cercato di porre qualche rimedio con il Trattato di Amsterdam²⁰. Serve ricordare che un limite oggettivo alla ricostruzione in senso comunitario di una definizione di servizi sociali è rappresentato dal fatto che i singoli Stati membri godono della "libertà di definizione" dei sistemi di protezione sociale (e sanitaria)²¹. Un supporto ad un inquadramento dei servizi sociali viene offerto dalla nozione di "servizi di interesse generale", intesi quali servizi "imprescindibili per garantire la coesione e lo stesso modello sociale a livello europeo"²². In questa cornice, ai servizi sociali (alla persona), i quali alla stregua dei servi-

zi sanitari, indipendentemente dalla modalità di gestione, riguardano i diritti della persona in quanto tale e il suo diritto ad una vita migliore, deve essere riconosciuta una specificità²³, non rinvenibile in altri comparti di servizi, identificabile nei due seguenti elementi²⁴:

1. i servizi alla persona non sono standardizzati, ma erogati in base ai bisogni e non in base a chi li eroga;
2. i servizi sociali sottendono un'interazione personale di carattere peculiare e ad alto contenuto relazionale tra chi li produce e chi li riceve.

In questo senso, vi è da registrare una costante oscillazione tra la natura di pubblico servizio delle prestazioni sociali e quella di attività economica *tout court*. Detta oscillazione ha indotto numerosi Stati membri a definire assetti giuridici ed istituzionali di "quasi mercato" dentro i quali collocare l'erogazione dei servizi sociali. Invero, avuto riguardo agli assetti giuridico-organizzativi di erogazione dei servizi, vi è da registrare un importante cambiamento, che incide altresì sul tema dei livelli essenziali delle prestazioni, concernente il diverso ruolo delle istituzioni pubbliche nell'erogazione dei servizi di interesse generale²⁵. Invero, si è assistito, negli ultimi due decenni, ad una modifica rilevante nell'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi sociali e assistenziali. In passato, il soddisfacimento degli interessi generali avveniva attraverso l'assunzione della titolarità del servizio in capo alle istituzioni pubbliche, le quali provvedevano alla gestione ed erogazione dei servizi direttamente ovvero mediante affidamento degli stessi ad altri soggetti pubblici o privati. In epoca moderna, al contrario,

le istituzioni pubbliche, e in specie gli enti locali, hanno incrementato la loro funzione di controllo e di supervisione di un sistema pluralistico di soggetti erogatori, che, secondo diverse modalità, più o meno istituzionalizzate, sono chiamati a concorrere alla realizzazione di finalità di pubblica utilità²⁶. Da ciò discende che l'Unione europea ha spostato il proprio *focus* dalle implicazioni derivanti dal mancato rispetto del principio di libera concorrenza all'interno dei singoli Stati nazionali ai bisogni fondamentali dei cittadini europei, alla cui soddisfazione debbono essere preordinate determinate attività e strumenti.

In quest'ottica di progressiva attenzione nei confronti delle istanze sociali dei beneficiari, sembra opportuno richiamare di seguito l'evoluzione registrata dalle politiche comunitarie in ambito sanitario e sociosanitario. Nel 2004, la Commissione europea include i servizi sociali all'interno del "Libro bianco sui servizi di interesse generale"²⁷, documento elaborato a seguito dell'ampio dibattito che si era sviluppato intorno al precedente "Libro verde" sullo stesso tema del 2003²⁸. La Commissione riconosce ai servizi sociali di interesse generale un ruolo fondamentale in quanto elemento centrale del modello europeo di società. Tali servizi, basati sul principio di solidarietà, essendo indirizzati alla persona, sono riconosciuti come garanzia del fatto che i cittadini possano beneficiare concretamente dei loro diritti fondamentali, nonché contare su un elevato livello di protezione sociale.

La Commissione, pur richiamando la competenza dei singoli Stati membri in ordine alla definizione delle funzioni e degli obiettivi dei

servizi sociali e sanitari, evidenzia l'utilità dell'intervento comunitario per sviluppare un approccio sistematico per l'individuazione e la determinazione delle caratteristiche peculiari dei servizi, nonché per chiarire il quadro nell'ambito del quale essi possano essere gestiti e modernizzati. In particolare, la Commissione richiama alcuni principi che ritiene fondamentali al fine di assicurare la fruizione dei servizi di interesse generale e, dunque, anche dei servizi sociali e sanitari:

1. universalità dell'accesso, come possibilità di tutti i cittadini e di tutte le imprese di accedere a servizi di alta qualità e a prezzi abbordabili in tutti gli Stati membri al fine della promozione della coesione sociale e territoriale nell'Unione europea;
2. alti livelli di qualità e sicurezza per garantire i diritti dei consumatori e degli utenti;
3. rispetto della diversità dei servizi oltre che delle esigenze e preferenze degli utenti anche in relazione alle differenze delle varie realtà territoriali, sociali, economiche e culturali;
4. trasparenza per garantire che le autorità pubbliche possano esercitare le proprie competenze e che le scelte siano fatte su base democratica e successivamente rispettate;
5. controllo e valutazione delle prestazioni, in quanto le valutazioni e i controlli sistematici sono considerati strumento essenziale per mantenere e sviluppare all'interno dell'Unione europea dei servizi di interesse generale accessibili, di alta qualità, efficienti e a prezzi abbordabili²⁹.

Nel 2006, con una specifica Comunicazione³⁰, la Commissione

Publicato il nuovo libro di **Lidia Goldoni**
"Guida alla vecchiaia del terzo millennio"

Invecchiare bene è possibile! Leggendo la "Guida alla vecchiaia del terzo millennio" di Lidia Goldoni si scoprono infatti i consigli e gli opportuni orientamenti per affrontare questa delicata fase della nostra vita, o di chi, vicino a noi, sta per affrontare la vecchiaia.

L'invecchiamento è una fase della vita di ogni persona. Come tale va vissuta e occupata: bisogna sapere come arrivarci nelle migliori condizioni, come prevenire e allontanare nel tempo malanni e difficoltà, come viverla, sfruttando tutte le opportunità a disposizione.

Quali sono i diritti, i servizi disponibili, le strade nuove da tentare? Come e perché misurarsi con l'era digitale?

Il libro di Lidia Goldoni, con esperienza e conoscenza, ma anche con leggerezza e ironia, affronta le situazioni più frequenti ed anche delicate dell'invecchiamento, con un'attenzione alle donne, perché anche questa fase della vita ha una specificità di genere.

Il libro prevede diversi capitoli: la vita personale, gli svaghi, le amicizie, la cura del corpo, dello spirito e della mente, le scelte etiche, ma anche come predisporre la casa, come scegliere i servizi sociali e sanitari, l'assistenza e l'aiuto in famiglia.

Ad ogni capitolo si accompagna una scheda riassuntiva che propone un vademecum quotidiano per vivere al meglio l'invecchiamento, sapendo scegliere e valutare.

Lidia Goldoni è giornalista pubblicista, laureata in giurisprudenza. Dirigente nella PA nel settore socio-assistenziale; libera professionista e consulente per progettazione edilizia, gestione, organizzazione e valutazione servizi per anziani.

Autrice di articoli e libri sul tema, responsabile scientifica di riviste di settore e Forum, componente di commissioni scientifiche su integrazione e non autosufficienza.

Direttrice del sito www.perlungavita.it

LIDIA GOLDONI, **Guida alla vecchiaia del terzo millennio**

ISBN 9788897982630 Digital Index Editore, Modena 2013

in formato **eBook, mobi e PDF**, in vendita in tutte le librerie digitali a 6,99 euro.

Sito web: www.digitalindex.it/guida-vecchiaia-terzo-millennio

Book trailer: <http://youtu.be/CXEZX-oqejM>



interviene nuovamente sul tema dei servizi sociali, in specie per chiarire il quadro della loro gestione e sollecitare gli Stati membri ad avviare processi di modernizzazione anche nell'ambito dei servizi sociali. Questi sono definiti come pilastri della società e dell'economia europee per il loro apporto alla realizzazione dei seguenti obiettivi e valori *essenziali* della Comunità:

1. il raggiungimento di un elevato livello occupazionale e di protezione sociale,
2. il raggiungimento di un elevato livello di protezione della salute,
3. la parità fra gli uomini e le donne e
4. la coesione economica, sociale e territoriale.

La Commissione richiama il valore specifico dei servizi sociali, determinato dal carattere vitale dei bisogni che i servizi medesimi sono destinati a soddisfare, garantendo così l'applicazione dei diritti fondamentali della dignità e dell'integrità della persona. La comunicazione del 2006 interviene anche nel contesto organizzativo dei servizi sociali, definendone le principali caratteristiche³¹:

1. il principio di solidarietà, necessario in particolare in caso di mancata selezione dei rischi o in caso di mancanza, a livello individuale, di un'equivalenza fra versamenti e prestazioni;
2. le caratteristiche della globalità e della personalizzazione, che integra la risposta ad esigenze

diverse in modo da garantire i diritti fondamentali e tutelare le persone più vulnerabili;

3. l'assenza frequente dello scopo di lucro, spesso collegata alle radici storiche e alla tradizione di quel servizio, con l'obiettivo di affrontare le situazioni più difficili,
4. la partecipazione del volontariato, espressione delle capacità della cittadinanza;
5. il forte radicamento connesso a tradizioni culturali locali, spesso espresso nella prossimità con il beneficiario e della rispondenza alle sue esigenze specifiche;
6. la complessità e la diversificazione dei rapporti fra i fornitori e i beneficiari del servizio che non può assimilarsi a rapporti forni-

tore/consumatore e che richiede la partecipazione finanziaria di terzi.

La Comunicazione del 2006, inoltre, affronta il tema della modernizzazione dei servizi, sollecitando gli Stati membri a prendere in esame l'introduzione dei seguenti "correttivi":

1. metodi di controllo della qualità e di partecipazione degli utenti alla gestione;
2. decentralizzazione dell'organizzazione dei servizi verso un livello locale o regionale, l'esternalizzazione dei compiti del settore pubblico verso quello privato;
3. sviluppo di *partnership* tra pubblico e privato;
4. il ricorso a forme complementari di finanziamento a quello pubblico.

La Commissione ritiene che anche ai servizi sociali si debba applicare un certo livello di "concorrenzialità" che, in uno con la progressiva esigenza di rispondere alle esigenze particolari di ciascun individuo, determina l'affermarsi di un'economia sociale, contrassegnata, tra l'altro, dal ruolo importante delle organizzazioni senza scopo di lucro. Queste ultime, pertanto, costituiscono attori essenziali nel processo di erogazione e, conseguentemente, di fruizione delle prestazioni sociali, assumendo responsabilità proprie nel quadro complessivo delle garanzie circa i livelli essenziali delle prestazioni.

In una Comunicazione pubblicata l'anno successivo³², la Commissione conferma la specificità dei servizi sociali e ribadisce l'importanza degli stessi per la realizzazione degli obiettivi fondamentali dell'Unione europea, quali la coesione sociale, economica e territoriale, il raggiungimento di un ele-

vato livello di occupazione, l'integrazione sociale e la crescita economica, nonché la stretta interconnessione con le realtà locali. La Comunicazione in parola descrive gli obiettivi e i principi che debbono informare i servizi sociali, i quali:

1. devono essere servizi orientati sulla persona, destinati a rispondere ad esigenze umane essenziali, in particolare quelle di soggetti in situazioni di vulnerabilità;
2. devono fornire protezione da rischi generali e specifici della vita e aiutano a superare difficoltà o crisi personali;
3. devono essere erogati alle famiglie nel contesto di relazioni familiari in evoluzione, le sostengono nella cura dei piccoli e degli anziani, nonché dei portatori di disabilità, e compensano eventuali incapacità delle famiglie;
4. sono essenziali per la salvaguardia dei diritti umani fondamentali e della dignità umana;
5. svolgono un ruolo di prevenzione e di coesione sociale nei confronti di tutta la popolazione, indipendentemente dal patrimonio o dal reddito;
6. contribuiscono alla non discriminazione, alla parità tra i generi, alla tutela della salute umana, al miglioramento del tenore e della qualità di vita nonché a garantire pari opportunità per tutti, aumentando quindi la capacità dei singoli di partecipare pienamente alla società.

La Commissione europea sembra consapevole che l'affermazione (garanzia) dei diritti sociali debba necessariamente "transitare" per le concrete ed effettive modalità attraverso cui i servizi sociali risultano essere organizzati e finanzia-

ti nei singoli Stati membri. A tal fine, la Comunicazione in argomento stabilisce che:

1. per rispondere alle molteplici esigenze delle singole persone, il servizio sociale deve essere globale e personalizzato, concepito e realizzato in maniera integrata; esso richiede spesso un rapporto personale tra il ricevente e l'erogatore;
2. la definizione e la realizzazione di un servizio devono tener conto della diversità degli utenti;
3. nella risposta alle esigenze di utenti vulnerabili, il servizio sociale è spesso caratterizzato da una relazione asimmetrica tra i prestatori e i beneficiari, diversa dalla relazione commerciale tra fornitore e consumatore;
4. poiché tali servizi sono spesso radicati in tradizioni culturali (locali), si preferiscono soluzioni adeguate alle specificità della situazione locale, che garantiscono la prossimità tra il prestatore e l'utente e al contempo parità di accesso ai servizi su tutto il territorio;
5. i prestatori necessitano spesso di ampia autonomia per rispondere alla varietà e all'evolversi delle esigenze sociali.

La Commissione riconosce l'esigenza di definire un'adeguata organizzazione e gestione dei servizi sociali a livello locale, in modo che i servizi di interesse generale possano effettivamente assolvere la loro missione e contribuire a migliorare la qualità di vita dei cittadini europei.

Quanto sopra delineato può e deve informare le modalità attraverso le quali l'ordinamento giuridico italiano contempla e definisce i rapporti tra gli enti locali territoriali e le organizzazioni *non profit*.

1] In argomento, si veda R. CARANTA, *Il diritto dell'UE sui servizi di interesse economico generale e il riparto delle competenze tra Stato e Regioni*, in "Le Regioni", 2011, 6, 1176-1192.

2] In dottrina, si è evidenziato che i servizi di interesse generale costituiscono "un istituto europeo, con il proprio bagaglio di principi e regole, [che] è venuto a sovrapporsi ai rispettivi regimi degli Stati membri, provocandone mutamenti e generando un forte effetto di armonizzazione. *Mutamenti ed armonizzazione* sono infatti i precipitati di questa vicenda, a forte "imprinting comunitario". Così, F. CINTIOLI, *La dimensione europea dei servizi di interesse economico generale*, in *www.federalismi.it*, 2012, 11, 1-2. L'autore ricorda altresì come tale armonizzazione sia stata raggiunta "nonostante il settore rimanga molto sensibile sul piano "politico" (i contrasti originari all'epoca del Trattato di Roma tra visioni pubblicistiche e "sociali" e visioni fortemente liberali non a caso si sono ripetuti nei lavori dedicati al progetto di Costituzione europea) e nonostante quindi rimangano sul tappeto non poche tensioni su come i SIEG debbano essere declinati sul territorio nazionale, su dove debba esser fissata l'asticella che separa mercato ed intervento pubblico, su come essi possano esser finanziati, specie negli anni della grande crisi". *Ibid.*, p. 2.

3] Sulla variegata composizione e natura dei servizi di interesse generale, in dottrina si è segnalato che [è] in corso un mutamento della disciplina dei servizi pubblici che sembra tale da coinvolgere anche le rappresentazioni giuridiche del fenomeno e le parole che lo designano". Così, D. SORACE, *Servizi pubblici e servizi (economici) di pubblica utilità*, in "Dir. pubbl.", 1999, 371. Dello stesso A. si veda *I servizi "pubblici" economici nell'ordinamento nazionale ed europeo alla fine del primo decennio del XXI secolo*, in "Dir. amm.", 2010, 1.

4] Sull'argomento, si veda la Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni intitolata "Una disciplina di qualità per i servizi di interesse generale in Europa", Bruxelles, 20 dicembre 2011 COM(2011) 900 definitivo, laddove si può leggere che la Commissione intende definire una "disciplina di qualità" fondata su tre linee d'azione: "in primo luogo, migliorare la chiarezza e la certezza giuridica per quanto riguarda le norme dell'UE applicabili a questi servizi; in secondo luogo, fornire gli strumenti che consentono agli Stati membri di garantire ai cittadini l'accesso ai servizi essenziali e di rivedere la situazione periodicamente; e in terzo luogo, promuovere iniziative relative alla qualità, in particolare per i servizi sociali che soddisfano esigenze particolarmente importanti". (p. 6).

5] L'art. 106, par. 2 stabilisce che "le imprese incaricate della gestione di servizi di interesse economico generale [...] sono sottoposte alle norme del presente trattato, e in particolare alle regole della concorrenza, nei limiti in cui l'ap-

plicazione di tali norme non osti all'adempimento, in linea di diritto e di fatto, della specifica missione loro affidata". In dottrina, si è evidenziato che "[è] su queste scarse parole che l'opera della Commissione e (soprattutto) della Corte di giustizia ha costruito un regime articolato, davvero penetrante rispetto alle scelte del legislatore nazionale e nel contempo tutto di matrice europea". CINTIOLI, *op. cit.*, p. 2.

6] CINTIOLI, *op. cit.*, p. 3.

7] *Ibidem*.

8] La dottrina attenta alla dimensione europea dei servizi di interesse generale ha voluto segnalare che "[l]'insieme di regole che sono derivate dall'art. 106, par. 2, non si limita ad esprimere la possibilità di una deroga, ma oggi forma il regime dei SIEG, o meglio stabilisce il modo (i limiti e le forme) in cui lo Stato membro può distribuire tra se medesimo ed il mercato quelle prestazioni che sono destinate ad una fruizione diffusa e continua nella collettività. Se si preferisce, tale insieme stabilisce quante prestazioni (e con quali presupposti) possono essere sottratte al mercato e pertanto gestite, vigilate, autorizzate e soprattutto parzialmente finanziate dallo Stato membro. Insomma, il diritto europeo detta una peculiare modello di organizzazione dei rapporti tra Stato, impresa e *consumer-citizen*. Solo quando siamo in regime di SIEG, correttamente instaurato secondo le regole comunitarie, saranno possibili una serie di deroghe alla disciplina *antitrust* (art. 101 e 102 Tfeue) al divieto di aiuti di Stato (art. 107) ed eventualmente alle altre libertà che connotano il mercato interno". CINTIOLI, *op. cit.*, p. 4.

9] La dimensione positiva dei sistemi di *welfare* in Europa è stata recentemente ribadita, ancorché essi siano oggi minacciati dalla crisi economico-finanziaria che attanaglia molti Stati membri: "Welfare systems have contributed to improving social outcomes but are confronted with the consequences of demographic change and of the financial and economic crisis. The resulting pressure on public budgets and the risk of structural labour market shortages in the future reinforce the need to modernise social policies to optimise their effectiveness and efficiency, and the way they are financed". Si veda, Commissione Europea, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*, Bruxelles, 20 febbraio 2013, COM(2013) 83 final, p. 2.

10] In dottrina, al riguardo, si è evidenziato che, peraltro, "la Comunità Economica Europea è nata con l'intento di creare uno spazio economico retto dalle medesime regole, affinché non vi fossero ostacoli di fatto e di diritto, alla libera circolazione di merci, servizi, persone e capitali [...]". D. CALDIROLA, *La dimensione comunitaria del servizio pubblico ovvero il servizio di interesse economico generale e il servizio universale*, in L. AM-

MANNATI, M.A. CABIDDU, P. DE CARLI (a cura di), *Servizi pubblici. Concorrenza. Diritti*, Giuffrè, Milano, 2001, p. 125.

11] D. TEGA, *I diritti sociali nella dimensione multilivello tra tutele giuridiche e politiche e crisi economica*, relazione tenuta al Convegno annuale dell'Associazione "Gruppo di Pisa" su "I diritti sociali: dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza", Trapani, 8-9 giugno 2012, p. 4.

12] È opportuno rimarcare come la concettualizzazione dei diritti sociali non risulti agevole, atteso che essa risulta caratterizzata da retroterra ideologico, dalla posizione dello Stato nei confronti della società civile, nonché dalla disponibilità di risorse finanziarie adeguate. In quest'ottica, attenta dottrina ha inteso sottolineare che si deve registrare una netta separazione tra diritti civili, politici e sociali, alla base della quale ci sono "molteplici considerazioni: c'è, come è ben noto, la convinzione che i diritti sociali – come quello alla casa, all'istruzione o all'assistenza sociale – siano meri programmi da realizzarsi in maniera graduale, piuttosto che diritti soggettivi azionabili dinnanzi ad un giudice; l'idea che i diritti sociali, collegati alla protezione del diritto al lavoro, siano connotati fortemente da un punto di vista ideologico, creando obbligazioni positive sui poteri statali; la constatazione che la realizzazione di questi diritti sia inestricabilmente proporzionale all'investimento di risorse economiche; la consapevolezza che richiedono, per la loro protezione, l'accrescimento dei poteri dello Stato". *Ibid.*, p. 5.

13] Infatti, "[m]entre nel Trattato di Roma gli obiettivi della Comunità si esaurivano nella realizzazione di un mercato concorrenziale nel Trattato di Maastricht e ancor più con il Trattato di Amsterdam, la concorrenza non viene più considerata come valore primario da perseguire, ma come uno degli elementi che può concorrere al benessere collettivo accanto alla tutela dei diritti fondamentali e degli interessi sociali". *Ibidem*.

14] Nel contesto di una perdurante crisi economica e finanziaria, infatti, le politiche di *welfare* risultano oggetto di profonde modifiche, che spesso contemplano tagli e riduzioni nelle prestazioni e così finiscono per incidere sullo "stesso modello sociale europeo, lentamente costruito dai Trattati, dal diritto derivato e dalla giurisprudenza della Corte di giustizia". Così, TEGA, *op. cit.*, p. 2.

15] L'espressione è da riferirsi al fatto che i servizi in parola non rientravano direttamente tra i principi sanciti dai trattati istitutivi della Comunità europea, poiché appartenevano in modo specifico agli ambiti di competenza dei singoli Stati membri. In questo senso, in dottrina si è rimarcato che "l'emersione e il riconoscimento dei diritti sociali comunitario si caratterizza per una *sfasatura temporale* rispetto all'affermarsi degli stati sociali europei del secondo dopoguerra e, in particolare per quanto concerne l'Italia, del periodo delle conquiste delle tutele dei lavoratori che, co-

me è noto, trovano il loro apice nella proclamazione nello Statuto dei lavoratori". *Ibid.*, p. 14.

16] Cfr. Parere del Comitato economico e sociale sul tema "I servizi sociali privati senza scopo di lucro nel contesto dei servizi di interesse generale in Europa", in *G.U.C.E.*, 2001, C-311, pp. 33 ss.

17] In ambito europeo, si è venuta progressivamente rafforzando una politica della solidarietà, la quale si è tuttavia realizzata non attraverso sistemi centralizzati quanto piuttosto incentivando l'europeizzazione delle politiche sociali nazionali. Cfr. W. STREEK, *Il modello sociale europeo: dalla redistribuzione alla solidarietà competitiva*, in "Stato e mercato", 1, 2000, 3 ss.

18] Commissione delle Comunità Europee, *Libro verde sui servizi di interesse generale*, 21 maggio 2003, par. 44, COM (2003) 270 def.

19] COM (2006) 177 def.

20] Attraverso il Trattato di Amsterdam è stato fatto un tentativo di "passare da un approccio timido e non coordinato, fondato su singole situazioni di bisogno quali l'anzianità e la disabilità, a un approccio complessivo che inserisce tali isolati interventi nel contesto più ampio delle politiche sociali comunitarie". E. MENICETTI, *I servizi sociali nell'ordinamento comunitario*, in A. ALBANESE, C. MARZUOLI (a cura di), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, Bologna, Il Mulino, 2003, p. 87.

21] E ciò "in quanto la scelta di organizzare a servizio pubblico il settore costituisce prerogativa afferente alla sovranità nazionale dei singoli Stati membri che, in piena autonomia, possono selezionare i bisogni essenziali richiedenti protezione, erigerli a interesse pubblico, predisporre plessi organizzativi idonei al loro soddisfacimento ed eventualmente predeterminare la natura dei soggetti autorizzati e accreditati all'erogazione delle prestazioni". MENICETTI, *op. cit.*, p. 106. Sullo stesso piano, un altro autore che sottolinea che se "infatti, prendiamo l'art. 34 [della Carta dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori, adottata nel 1989], accanto al riconoscimento del "diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza e ai servizi sociali", incontriamo la cornice entro la quale il diritto è tutelato: "secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali" [...] In sostanza [...] possiamo affermare che la Carta lascia nelle mani del legislatore (nazionale o dell'Unione) la definizione in concreto di situazioni soggettive che pure eleva al livello di diritti". P. BIANCHI, *I diritti sociali dopo Lisbona: prime risposte dalla Corte di Giustizia*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Il Mulino, Bologna, 2010, pp. 125-126.

22] MENICETTI, *op. cit.*, p. 105.

23] Si tratta di una specificità che, oggi, può essere messa in dubbio dalle mutate condizioni economiche che interessano l'ambito comunitario, così come segnalato in dottrina: "La difficile affermazione dei diritti sociali a livello comunitario, come peraltro lo è stata, anche se per ragioni diverse (e ben note) negli ordinamenti costitu-

zionali, richiede, alla luce del momento giuridico ed economico attuale, di indagare innanzitutto se il diritto comunitario – normativo e giurisprudenziale – comporti un arretramento nella protezione dei diritti sociali a vantaggio delle libertà economiche nello spazio europeo, rispetto a quella assicurata a livello nazionale o, al contrario, una valorizzazione nuova". TEGA, *op. cit.*, p. 4.

24] Si segnala che il Trattato di Lisbona contiene un'importante novità rappresentata dalla "clausola sociale orizzontale", la quale "prevede che le politiche dell'UE debbano tener conto delle esigenze sociali al fine di assicurare la coerenza tra le differenti politiche e gli obiettivi sociali. Ciò implica che le politiche europee debbano assicurare la promozione di un livello di impiego dignitoso, la garanzia di una protezione sociale adeguata, la lotta all'esclusione sociale, così come un buon livello di istruzione, di formazione e tutela della salute". Cfr. C. DEGRYSE, P. POCHET, *Quanto diritto sociale "produce" l'Europa*, in CAMPEDELLI, CARROZZA, PEPINO, *op. cit.*, pp. 186-187.

25] In questa nuova e diversa prospettiva si colloca la Comunicazione della Commissione su "I servizi di interesse generale in Europa" dell'11 settembre 1996 (*G.U.C.E.*, C. 281/3), "la quale si apre con un'enunciazione significativa tesa a sottolineare l'importanza dei "valori sociali": "l'attività comunitaria si ispira ad un modello di economia aperta, basata sulla solidarietà e la coesione sociale, nonché sui meccanismi del mercato". CALDIROLA, *op. cit.*, p. 149.

26] È in questo contesto evolutivo che debbono essere letti gli interventi e le azioni delle organizzazioni *non profit* e delle imprese sociali che, a livello europeo, hanno, nel corso dei decenni, assunto maggiore importanza e ruolo. In argomento, si veda la Comunicazione della Commissione eu-

ropea recante "Primo Rapporto biennale sui servizi sociali di interesse generale", SEC(2008) 2179.

27] COM (2004) 374 def.)

28] Commissione europea, *Libro Verde sui Servizi di interesse generale*, Bruxelles, 21 maggio 2003, COM(2003) 270 definitivo.

29] Nel prosieguo della trattazione ci si riferisce ai servizi sociali che sottendono la presenza di attività di natura imprenditoriale: sono conseguentemente esclusi da tale novero le prestazioni erogate dal servizio sociale professionale, le erogazioni monetarie, le attività di promozione istituzionale, le attività di tutela, nonché le attività di prevenzione.

30] "Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea" (COM (2006) 177 def.), la quale fa seguito al Libro bianco e al programma comunitario di Lisbona (SEC (2005) 981 del 20 luglio 2005).

31] Si rammenta che gli Stati membri mantengono competenza propria e, quindi, primaria, nella definizione dei sistemi di protezione sociale e sanitaria. Infatti, costituisce una prerogativa collegata alla sovranità nazionale dei singoli Stati membri quella relativa alla selezione dei bisogni essenziali, alla loro qualificazione come meritevoli di essere equiparati ad interessi pubblici, nonché alla predisposizione di modelli organizzativi idonei al soddisfacimento dei medesimi bisogni, ivi compresa la funzione di accreditamento e autorizzazione dei soggetti deputati all'erogazione delle prestazioni richieste dal sistema.

32] Si tratta della Comunicazione della Commissione europea rubricata "Un mercato unico per l'Europa del XXI secolo. I servizi di interesse generale, compresi i servizi sociali di interesse generale: un nuovo impegno europeo", (COM(2007) 725 def.



MODELLI DI WELFARE: COME RILEVARNE LA CONVENIENZA?

Elena Gamberini *

Analisi ex ante, in itinere ed ex post, per garantire al cittadino servizi efficaci in regime di scarsità di risorse

UNA PREMESSA: I SISTEMI DI WELFARE TRA SISTEMI DI VALUTAZIONE E POLITICHE PUBBLICHE

Migliorare la *performance* delle amministrazioni pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese. La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi, con risorse scarse, obbliga le pubbliche amministrazioni a conoscere in modo approfondito le loro *performance* economico-finanziarie e organizzative al fine di individuare modalità e opportunità per raggiungere gli obiettivi strategici e politici, assicurando sia la qualità dei servizi che l'efficacia dell'azione amministrativa.

Tale affermazione, quanto è vera per le politiche ed i modelli di gestione del *welfare*? Quanto siamo adeguati oggi, nel 2013, co-

me amministratori, come dirigenti e come operatori, a progettare, gestire e valutare servizi che sappiano produrre valore per il territorio e per i cittadini? Quali strumenti di valutazione e di rilevazione della qualità è più opportuno adottare? E, soprattutto, cosa dobbiamo valutare? Occorre mettere in campo strumenti e percorsi che siano in grado di monitorare, e poi valutare, sia l'adeguatezza nella gestione dei servizi, sia la capacità di elaborare politiche di area vasta. Dal punto di vista metodologico, il corretto punto di partenza è proprio quello della elaborazione di *policies* da cui dovrebbero discendere progetti, funzioni e servizi.

In termini generali, una politica pubblica è definibile come *"l'insieme delle idee e delle azioni assunte da una pluralità di soggetti (gli attori) – pubblici e/o privati – correlate alla soluzione di un problema collettivo. In altre parole, si tratta di un insieme di attività che ha relazione con l'intenzione e la capacità di*

*una comunità di soddisfare un bisogno o una domanda per le quali è considerato rilevante, in un dato momento storico, l'intervento da parte delle istituzioni pubbliche"*¹.

Questa definizione assume le seguenti argomentazioni a supporto:

- le politiche sono una costruzione analitica (effettuata dai *policy makers*, tra cui gli esperti ed i tecnici) utile per analizzare e discutere l'agire delle amministrazioni pubbliche; è evidente, allora, come alla concettualizzazione di una politica concorrono informazioni e conoscenze su problemi e opportunità di intervento;
- il primo passo nella definizione di una politica è costituito dalla individuazione del problema collettivo che è (o che dovrebbe essere) alla base della decisione di agire, e cioè dalla definizione della situazione insoddisfacente presentata dalla collettività in generale o da determinate categorie di soggetti che si ritiene necessario/

*] Direttore Generale Unione dei Comuni Bassa Reggiana dal 2007, quando ancora era Associazione Intercomunale. Si occupa della programmazione e gestione dei rapporti con gli organi istituzionali (Giunta e Consiglio dell'Unione) e delle funzioni di programmazione e gestione delle funzioni associate in Unione. Dal 2011 ricopre anche le funzioni *ad interim* del Servizio Sociale Integrato Zonale (Area minori e disabilità) per l'Unione Bassa Reggiana. Dal 2012 è componente dell'Agenzia Socio-Sanitaria della Regione Emilia Romagna per la parte Innovazione Sociale sul progetto "La valorizzazione ed il sostegno alla *governance* locale nella programmazione integrata delle politiche sociosanitarie e della implementazione della gestione associata dei servizi sociali e socio sanitari".

opportuno migliorare; il principale riferimento per giudicare l'utilità e il successo di una politica è costituito dalla valutazione degli *outcome* intermedi (*risultati*) e finali (*impatti*). La figura 1 evidenzia il ciclo logico delle fasi di monitoraggio e di valutazione;

- il processo di *policy making* è caratterizzato dall'azione di molteplici attori, sia pubblici sia privati; in altre parole, la definizione assume, sulla base di evidenze empiriche mostrate dalle ricerche, che una amministrazione operi in un ambiente caratterizzato dall'azione anche di altri soggetti (altre istituzioni, soggetti privati, del terzo settore), alcuni interessati a cooperare, altri orientati a contrastare gli obiettivi e/o le modalità attuative attraverso cui si affrontano i problemi; in questo senso è comprensibile la rilevanza della fase di attuazione delle politiche quale fase in cui la capacità di governare i comportamenti degli altri attori costituisce un fattore essenziale per il perseguimento degli obiettivi delle politiche.

Nel complesso questa definizione cerca di cogliere il fatto che la capacità di affrontare problemi collettivi dipende in particolare da:

- la disponibilità di ipotesi di soluzione tecnica per le situazioni critiche che si intendono affrontare; infatti, definire un problema di *policy* significa creare una relazione tra una situazione critica e le eventuali opportunità di soluzione; per esempio, il problema dell'inquinamento atmosferico causato dal traffico veicolare può essere affrontato con politiche (al di là di interventi simbolici utili a testimoniare l'esistenza di una situazione indesiderata) se si dispone di ipotesi connesse alla produzione e all'incentivazione dell'uso di autovetture meno inquinanti, ecc.;
- la disponibilità di ulteriori risorse, oltre a quelle conoscitive che sostengono le ipotesi di soluzione, in particolare le risorse di consenso necessarie per affermare gli interventi nell'ambito delle arene decisionali in cui si scontrano differenti valori e interessi.

Per questi motivi, le politiche pubbliche devono essere considerate alla stregua di opportunità di intervento, che a volte derivano da interventi mirati per affrontare altri ambiti problematici (altre finalità) o che impiegano altre modalità per affrontare i medesimi tipi di bisogni/domande (altri mezzi). In questo scenario la disponibilità di informazioni e conoscenze sulle *performance* delle politiche e attività già in corso possono giocare un ruolo rilevante per il successo di una opzione di intervento.

Conviene ricordare inoltre che in realtà le politiche pubbliche sono molto spesso costrutti ambigui e complessi nel senso che:

- raramente problemi e obiettivi di una politica sono chiaramente definiti e altrettanto raramente tutti gli attori impegnati nell'implementazione hanno un unico approccio al bisogno ed alla risposta, e ciò vale in modo significativo nel caso di progetti e funzioni di *welfare*, ove l'integrazione socio-sanitaria, gli approcci multi-dimensionali, i sistemi di rete e l'adeguatezza di strumenti di analisi dei bisogni sono ancora frammentati, non garantendo sempre sintonia di visioni sul territorio comune di gestione e governo;
- spesso gli interventi sono messi in opera con la consapevolezza che riusciranno a trattare solo porzioni dei problemi affrontati; in questa direzione il loro compito è anche quello di favorire forme di apprendimento da parte delle comunità professionali e scientifiche coinvolte nella elaborazione e attuazione di una politica; in buona sostanza, ad acquisire maggiori competenze sulle modalità attraverso cui un problema potrebbe essere affrontato.

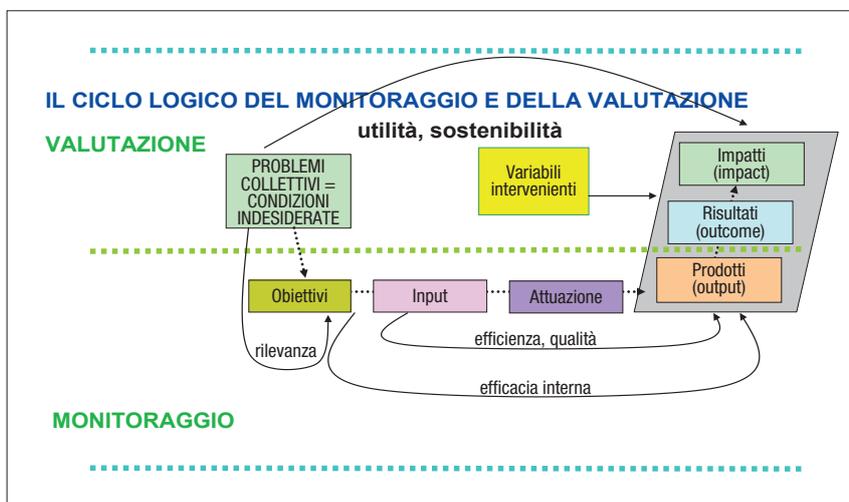


Figura 1 – Il ciclo logico di monitoraggio e valutazione
Fonte: IRS Istituto per la Ricerca Sociale

Tipo di funzioni	Tipo di decisioni	
	DECISIONI STRATEGICHE	DECISIONI OPERATIVE
GOVERNO (legittimazione politica e sociale)	1 Definizione delle missioni e delle priorità Innovazioni sulle politiche Analisi dell'utilità delle politiche Sviluppo delle reti e dei processi di integrazione	3 Supervisione Controllo <i>Auditing</i> Anticipare i problemi Reagire velocemente alle difficoltà
GESTIONE	2 Efficacia delle operazioni rispetto a obiettivi e problemi	4 Efficienza

Figura 2 – La matrice dei processi attuativi delle politiche pubbliche

Fonte: Misurare per decidere – La misurazione delle *performance* per migliorare le politiche pubbliche e i servizi. Pubblicazione Formez – Dipartimento Funzione Pubblica

La matrice in figura 2 ci può aiutare a mettere in chiaro le funzioni e il tipo di decisioni prevalenti nei processi attuativi delle politiche pubbliche.

Mai come oggi, l'intersezione (spesso mancata) e l'integrazione tra livello di governo e programmazione delle *policies* (quadranti n. 1 e n. 3) ed il livello di gestione ed erogazione dei servizi/programmi (quadranti n. 2 e n. 4) è *conditio sine qua non* per l'area dei servizi alla persona (qui: area del *welfare*). Il sistema dei bisogni è sempre più fluido ed in movimento, è difficile da comprendere, da catturare e da analizzare, sia per gli amministratori che per i tecnici; ed è difficile ri-pensare al sistema complessivo dei servizi perché siamo impegnati in *routine* ed emergenze quotidiane che non ci permettono il tempo di seguire un corretto e composto percorso di lavoro, a partire anche solo semplicemente dalla matrice sopra illustrata. Le analisi della società che muta e la progettazione di nuovi servizi, e con essi la ri-articolazione anche della parte economico-finanziaria dei capi-

toli ed interventi dei bilanci pubblici, richiederebbero: tempo, studio, acquisizione di nuove conoscenze, confronto costante con altri territori. Al contempo, però, la società che muta sotto i nostri occhi – di amministratori, tecnici, finanche di cittadini ed utenti – esige risposte immediate ad un numero crescente di problemi, criticità, nuove esigenze. E dato che lavoriamo e viviamo in territori in cui le risposte dei servizi sociali sono sempre state pressoché tempestive, cadiamo in una percezione di inadeguatezza nel non poter più garantire “quel” sistema di *welfare* a cui eravamo abituati e “quei” tempi di risposta e di reazione.

L'analisi delle politiche pubbliche, tra le tante cose, ci insegna che “si valuta per progettare”, ovvero che l'impianto teorico e metodologico – comprensivo di set di indici ed indicatori – che accompagna l'analisi, per esempio, della convenienza di un modello gestorio rispetto ad un altro dovrebbe essere realizzato prima di effettuare la scelta, proprio perché simulare la valutazione potrebbe permette-

re una progettazione più coerente con il contesto e maggiormente praticabile. Troppo spesso accade invece che si vada, *ex post*, alla ricerca di dati, numeri, risultati che giustificano la scelta che a monte è stata fatta. E questo, sempre a parere di chi scrive, accade anche perché siamo in quel loop di ricorso alle emergenze che, seppure sommariamente, si è cercato fin qui di tratteggiare.

Ecco che allora questo articolo, meglio, questa riflessione, intende offrire al lettore di “Welfare Oggi” spunti che ruotano attorno al seguente flusso di affermazioni: siamo sempre più alla ricerca di modelli di gestione del *welfare* “più convenienti di altri”; per poter definire la effettiva convenienza di un modello rispetto ad un altro servirebbe una definizione univoca di convenienza; servirebbe altresì un campo di fattibilità giuridico-economico finanziario e politico stabile per almeno un periodo di 3-5 anni; queste sono condizioni ad oggi non praticabili, quindi come rendere il più possibile professionale ed oggettivo il lavoro di chi opera nel settore dei servizi di *welfare* quando è chiamato a costruire modelli di analisi della c.d. “convenienza”? Nessuna pretesa qui di consegnare risposte bensì solo spunti e proposte di strumenti operativi da mettere in campo, da testare, da innovare e da migliorare.

LA “CONVENIENZA” DELLA FORMA DI GESTIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA COME PROGETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

Cosa si intende per convenienza? Le parole ricorrenti nei contesti professionali vengono via via

ad assumere una vita autonoma e, spesso, auto-referenziale, senza che ci si interroghi più sul loro significato. Probabilmente se chiedessimo ad un amministratore, ad un dirigente dei servizi sociali, ad un dirigente del servizio finanziario ed ad un cittadino-utente di scrivere la loro personale definizione di “convenienza di un modello di *welfare*” otterremmo tutte risposte diverse, seppure simili. Potrebbe quindi non essere un mero esercizio di stile quello di tentare una progressiva definizione di “convenienza per il sistema del *welfare*”. A partire dalla definizione di convenienza riportata nel dizionario e di convenienza in economia si può affermare che la convenienza si ha quando una scelta è:

- efficace (data una quantità di risorse, massimizza l'*output*);
- efficiente (dato l'*output*, minimizza l'impiego di risorse).

E nei servizi di *welfare*? Si può aggiungere qualche altro elemento? Si può ragionevolmente affermare che l'*output*, il risultato, nei servizi alla persona/di *welfare* è composito e che la sua misurazione è

complessa perché riguarda diversi aspetti della persona e del suo sistema di relazioni, non tutti suscettibili di univoca quantificazione/rilevazione? E che tali misurazioni richiedono competenze distintive? Se sì, possiamo allora affermare che la convenienza – nei servizi alla persona, oggi, nel 2013 – è più facilmente apprezzabile in termini di efficienza piuttosto che di efficacia? E possiamo altresì affermare che – stante la matrice del primo paragrafo, e stanti le esigenze di conciliare programmazione e gestione – la convenienza è una sorta di precipitato non chimico bensì simbolico della integrazione dei due livelli di pensiero ed azione, ovvero che la convenienza è il frutto di un progetto istituzionale ed organizzativo e gestionale?

Nell'attuale contesto (normativo, economico, sociale) è più che mai necessario non solo per le imprese e per le società, ma anche per la pubblica amministrazione realizzare infatti una sistematica attività di pianificazione strategica che possa tratteggiare gli obiettivi di me-

dio-lungo periodo e le modalità di raggiungimento degli stessi. Costruire nuovi scenari per l'area del *welfare* locale, programmare nuovi sistemi di servizi alla persona, richiede la costruzione di un progetto multi-dimensionale, ovvero che contempra sia l'analisi e la progettazione istituzionale (vision politica, strategica, indicatori di risultato, ecc.) che la parte gestionale ed organizzativa (funzioni, personale, bilancio, assetti strumentali, ecc.).

DALLA VOLONTARIETÀ (TRADITA?) DEI MODELLI GESTORI ALTERNATIVI AL PROGETTO DI GESTIONE PRATICABILE. UNA PROPOSTA DI MODELLO

Prima di illustrare un elenco di possibili strumenti che possono, di certo non garantire, ma favorire il processo di analisi di convenienza delle forme di gestione, può essere utile aggiungere una serie di altri interrogativi – rispetto ai quali il *corpus* teorico ed accademico è robusto, ma rispetto ai quali in questa sede non vi è né lo spazio per tentare risposte. Questi interrogativi, presentati nel box 1, sono “crucchi”, ovvero interrogativi ricorrenti per il politologo.

È innegabile che nell'ultimo decennio il sistema nazionale e locale si sia complicato sotto ogni punto di vista (finanziario, sociale, normativo), ed il sistema delle conoscenze e competenze professionali dei dirigenti e funzionari pubblici necessita di una rigorosa rivisitazione ed impulso. Il tema della valutazione, principio cardine per l'analisi della convenienza dei modelli gestori, e del monitoraggio sono aree di conoscenze e di competenza ancora molto frammentate nel panorama della pubblica amministra-



Figura 3 – Il sistema di *governance* delle gestioni dei servizi alla persona

Box 1**Primo set di "crucchi"**

- CHI VALUTA? (politici, tecnici, cittadini, terzo settore...)
- COSA VALUTA? (qualità, efficienza, economicità, tempestività...)
- COME VALUTA? (sul campo, questionati, interviste...)
- QUANDO VALUTA? (durante un progetto, alla fine del progetto...)

Secondo set di "crucchi"

- VALUTARE LA CONVENIENZA INTRA-MODELLO? (nell'arco di un triennio, per esempio)
- VALUTARE LA CONVENIENZA INTER-MODELLI? (tra forme diverse di gestione)

zione italiana e del sistema di gestione dei servizi di *welfare*; vi sono infatti esperienze di eccellenze che convivono con contesti piuttosto arretrati. L'area della valutazione, come la figura 4 evidenzia, ha a che fare con il filone del *New Pu-*

blic Management e *Network Management*, o più semplicemente con le competenze legate alla pianificazione ed al controllo, alla capacità di costruire modelli di indicatori di efficacia, di efficienza, di qualità, ed alla capacità di implementa-

re tali modelli nella quotidianità dei servizi di *welfare*.

A seguito delle riflessioni dei primi due paragrafi, possiamo dichiarare che il concetto di volontarietà di implementazione di distinti modelli gestori (od anche solo di servizi, progetti, programmi) assume spesso i connotati di una "volontarietà tradita", in quanto la maggior parte delle scelte risultano essere quasi percorsi a tappe forzate tra: legge di stabilità; limiti e tetti alla spesa del personale e limitazioni alle assunzioni ed ai *turn-over*; leggi finanziarie che ogni anno vietano la costituzione di modelli gestori che fino all'anno precedente era possibile costituire, ecc.

Al fine però di ragionare in modo costruttivo si propongono ora una serie di modelli e piccoli strumen-

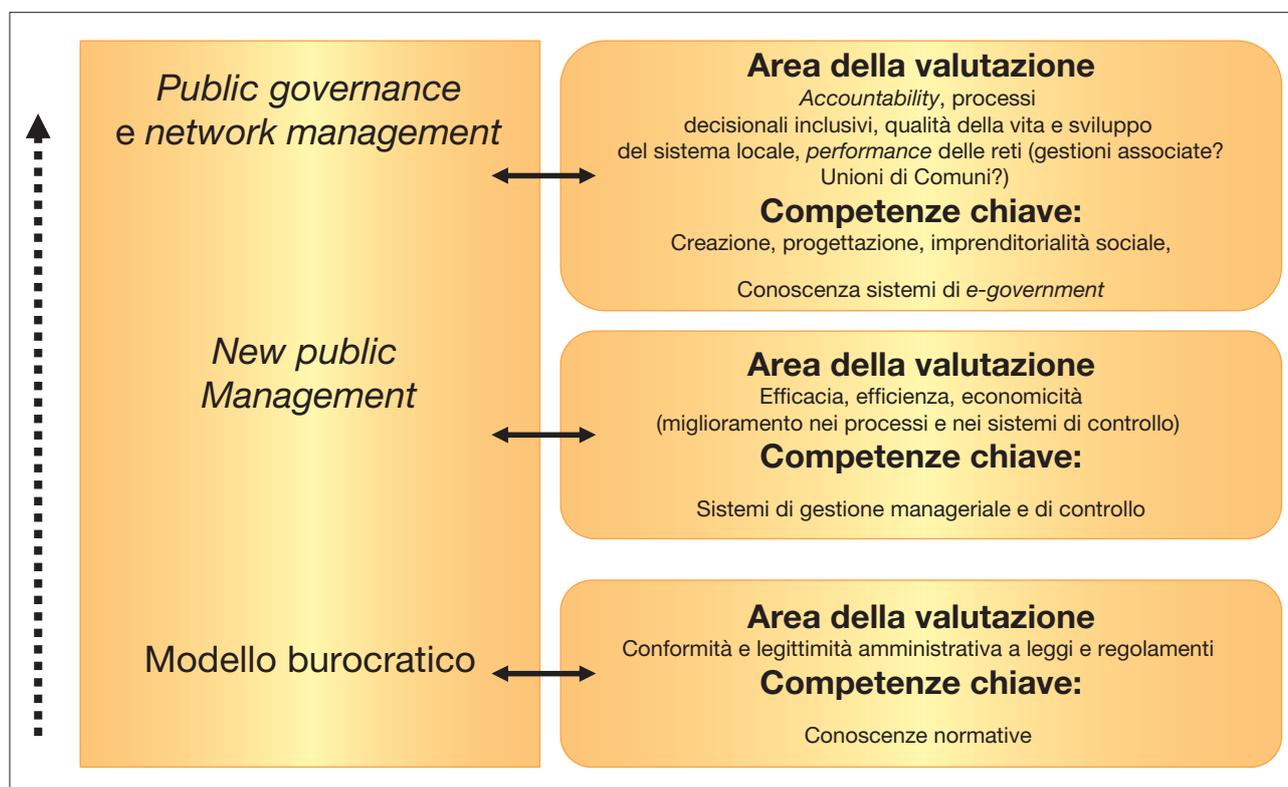


Figura 4 – La crescente complessità del *management* pubblico
Fonte: Sencino, 2010

	<i>Ex ante</i>		In fase di realizzazione		<i>Ex post</i>	
	Identificazione del problema	Formulazione del piano	Decisione	Messa in opera	Valutazione dei risultati	Proseguimento o fine del piano
Contenuti del Piano	<ul style="list-style-type: none"> • Cosa si vuole ottenere? Quale scenario? • Qual è il 'problema' da risolvere? • Quali ostacoli alla definizione? • Quali priorità selezionate? 		<ul style="list-style-type: none"> • Quale percorso di implementazione? • Quali priorità perseguite? • Quali inter-dipendenze con altri progetti? • Quale sostenibilità economico-finanziaria del modello gestorio? 		<ul style="list-style-type: none"> • Cosa ha ottenuto il modello gestorio? • In quale misura ha risolto il 'problema'? • Quale evoluzione possibile? 	
Strumenti	<ul style="list-style-type: none"> • Quali strumenti di supporto per la fase di analisi? (es. SWOT, indagini, tavoli,...) • Quali azioni di promozione ed indirizzo? 		<ul style="list-style-type: none"> • Quali strutture/staff organizzative a supporto? • Quali strumenti di monitoraggio e verifica rispetto tempi/modalità azioni? • Quali strumenti e azioni di supporto e incentivazione? 		<ul style="list-style-type: none"> • Quali strumenti di valutazione? • Quali azioni di sviluppo? 	
Attori coinvolti	<ul style="list-style-type: none"> • Quali attori esterni all'ente sono coinvolti nella fase di definizione? • Quali attori/competenze interne all'ente sono coinvolti nella fase iniziale di definizione? 		<ul style="list-style-type: none"> • Quali attori sono coinvolti nella fase di messa in opera? • Quali gruppi attivano un effettivo <i>network</i> di concertazione? • Chi stabilisce gli indicatori di monitoraggio? Chi li raccoglie? 		<ul style="list-style-type: none"> • Quali attori (interni ed esterni) sono stati coinvolti nella fase di valutazione <i>ex post</i>? • Quale concertazione per definire l'evoluzione (proseguimento <i>versus</i> fine)? 	

Figura 5 – La matrice per una metodologia di lavoro di analisi

ti di lavoro. Per l'analisi della convenienza, occorre fare un po' di ordine temporale. Pare utile proporre ai lettori uno strumento di sintesi, che speriamo possa diventare strumento di lavoro per la prima analisi di fattibilità, ovvero una sorta di quadro di riepilogo delle principali domande-guida alla analisi di un modello gestorio/servizio/programma per l'area del *welfare*. Seguendo sempre la scuola delle politiche pubbliche, si suggerisce di raffigurare un'analisi di convenienza, abbiamo detto, come una *public policy* articolata in tre fasi temporali (*ex ante*; durante; *ex post*) a cui affiancare le dimensioni rilevanti di lavoro (i contenuti; gli strumenti; gli attori coinvolti). Diamo quindi visione di una proposta di modello possibile da seguire, con le domande-guida che possono ispirare il lavoro degli amministratori e dei tecnici. Alla voce "Piano" è da intendersi "Piano

strategico per area *welfare*" oppure "Piano di fattibilità per una Azienda Speciale", oppure ancora "Piano degli obiettivi area *welfare* del Comune di...", ecc. Ovvero, il modello è tarabile in base all'oggetto ed al focus di lavoro che un tavolo, se possibile misto politico-tecnico, vorrà selezionare.

La matrice in figura 5 può essere ascritta alla voce "strumenti di lavoro del dirigente-funziionario area *welfare*" nella misura in cui diventa parte del sistema di conoscenze e competenze quotidiane che vengono messe in campo, unitamente alle analisi S.W.O.T, ai piani finanziari, ai Piani per il Benessere e la Salute, alle delibere e determinazioni. La matrice è strumento di lavoro nella misura in cui tentiamo di utilizzarla ricordandoci che per ogni "Piano/Progetto/Politica" vi sono almeno tre fasi temporali (*ex ante*, durante, *ex post*) e almeno tre dimensioni di lavoro (i contenuti del piano,

gli strumenti di supporto e gli attori da coinvolgere). La matrice ci può guidare come se fosse una sorta di *check-list* di verifica sui passaggi fondamentali fase per fase.

FASE EX ANTE

Linee guida da seguire – Spunti per l'analisi della convenienza modelli gestori dell'area *welfare*

In estrema sintesi, ed a titolo esemplificativo, si elencano ora alcune linee guida e attività da seguire nella fase *ex ante* di un progetto di analisi di convenienza, ovvero:

- Ri-disegno dei servizi, della struttura, dei processi organizzativi e dei meccanismi di integrazione
- Progetti di innovazione tecnologica ad eventuale supporto
- Scelta di politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane

- D. Progetto di comunicazione interna ed esterna a supporto del piano di analisi
- E. Analisi dei costi attuali e stime dei costi attesi
- F. Costruzione di un set di indicatori (“valutare per progettare”).

Quale campo di fattibilità per la “Convenienza”?

... a prescindere dalla forma

Circoscrivere il campo di fattibilità per una scelta politico-gestionale è sempre più complesso, come già sostenuto precedentemente. Le amministrazioni chiamate o dedicate a svolgere analisi sulla convenienza potranno scegliere una forma di gestione piuttosto che un'altra sulla base di una serie di obiettivi che intendono perseguire. Ciascuna forma di gestione infatti, si presterà meglio a perseguire alcuni obiettivi piuttosto che altri. Il campo di fattibilità è quindi il risultato soggettivo di una serie di va-

Box 2 – Focus sugli studi di fattibilità

Uno studio di fattibilità potrà avere come focus di indagine la realizzazione di un nuovo servizio (ad esempio uno sportello sociale), così come l'analisi di fattibilità per la costituzione – ove la normativa lo consenta – di un nuovo ente strumentale (Azienda Speciale, Fondazione, ecc.), od anche l'analisi di fattibilità per l'eventuale trasformazione di un modello (ad esempio ASP Azienda Servizi Persona per la Regione Emilia-Romagna) in un altro. Ogni studio di fattibilità deve esplorare, tanto analiticamente quanto lo si riterrà opportuno, i seguenti punti:

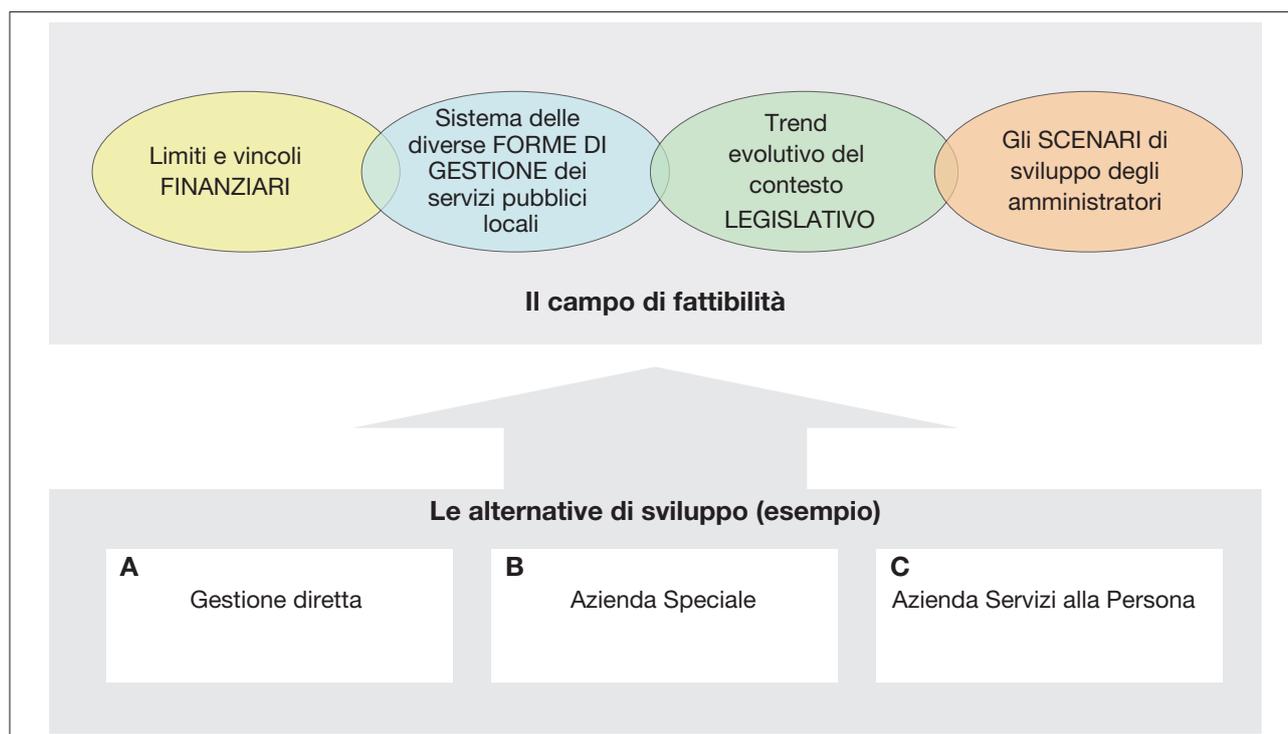
- ANALISI della situazione attuale (gestione singola/associata, gestione interna-esternalizzata-mista, dotazione dedicata, eccellenze, criticità, strumenti gestionali, costi, spese, copertura finanziaria, rette, ecc.)
- ANALISI DEI MODELLI ALTERNATIVI DI GESTIONE (dal punto di vista giuridico, fiscale, finanziario, amministrativo)
- PROGETTAZIONE di alternative di gestione
- PROSPETTO ECONOMICO TRIENNALE della nuova gestione
- SCHEMA DEGLI ATTI, anche para-sociali (Statuti-convenzioni-contratti di servizio, ecc.)
- INDICATORI di monitoraggio e valutazione

lutazioni politico-istituzionali e gestionali.

Si può però ipotizzare e qui richiamare, tra i tanti a disposizione, un modello che analizzi le varie modalità gestorie sulla base di 6 fatto-

ri chiave, corrispondenti ad altrettante classi di obiettivi:

1. Autonomia gestionale
2. Efficienza-controllo
3. Reversibilità delle scelte
4. Attrattività finanziaria



Box 3 – Esempio di fattibilità dell’Azienda Speciale dell’Unione Bassa Reggiana**Gli indirizzi politici**

- Volontà di mantenere il sistema dei servizi educativi pubblico come valore irrinunciabile,
- Mantenimento della qualità dei servizi come elemento di crescita e integrazione della comunità civile,
- Efficienza nell’erogazione dei servizi come condizione per la sostenibilità all’intervento pubblico,
- Partecipazione dei cittadini alla definizione dei servizi come contributo essenziale per la loro qualità,
- Richiesta di forte integrazione territoriale,
- Rafforzamento del livello sovracomunale/Unione,
- Valorizzazione del patrimonio di competenze professionali maturato nei nidi e nelle scuole dell’infanzia comunali.

5. Attrattività di *know-how*

6. Gestione del consenso.

FASE IN ITINERE**Il monitoraggio: cosa monitorare?**

La fase “durante” è quella più diffici-

le dal punto di vista della tenuta degli strumenti di metodo. Possiamo avere dedicato tempo, competenze, energie e risorse per la fase *ex ante* di analisi, ma spesso nella fase di implementazione e gestione veniamo risucchiati dalla quotidianità, dal “ho sempre fatto così”, dai conflitti

relazionali, dalle emergenze, e il nostro piano di lavoro rischia di vedere indebolito l’impianto dei nuovi strumenti di analisi-monitoraggio-valutazione. Si intendono qui indicare due strumenti di lavoro, come fossero degli alleati per l’amministrazione e la tecnostruttura.

- Primo strumento: il Dossier di monitoraggio istituzionale e tecnico. Assunta come premessa l’articolazione di un sistema multi-dimensionale politico-tecnico per l’analisi di convenienza, per il cambiamento e l’innovazione della c.d. Area *welfare*, ecco che nella fase di implementazione dobbiamo cercare di monitorare l’andamento di entrambe le macro-dimensioni, sia quella istituzionale (attività delle Giunte, dei Consigli Comunali e/o di Unione, dei Consigli di Amministrazione, ecc.) sia quella gestionale e tecnica (mo-

STRUMENTO GIURIDICO	Natura del soggetto	Personalità giuridica	Carattere associativo	CCNL applicato ai dipendenti	Procedure per appalti	Regime giuridico dei dipendenti	Modalità di reclutamento personale	Possibilità di assunzioni	Affidamento diretto servizi
Società (Spa o Srl)	Privata <i>profit</i>	Si	Si	Privatistico	Materia controversa	Privato	Controverso	Si	Controverso
Fondazioni e associazioni	Privata <i>non profit</i>	Si	Si	Privatistico	Materia controversa	Privato	Controverso	Si	Controverso
Società mista pubblico/privato	Privata <i>profit</i>	Si	Si	Privatistico	Materia controversa	Privato	Controverso	Si	No
Convenzione	Pubblica	No	Si	EELL	Codice dei contratti pubblici	Pubblico	Pubbliche	Problematica	Si
Istituzione	Pubblica	No	No	EELL	Codice dei contratti pubblici	Pubblico	Pubbliche	Problematica	Si
Azienda speciale	Pubblica	Si	No (* tale carattere è insito nell’Unione)	Privatistico	Codice dei contratti pubblici	Privato	Principi di cui all’art. 35 del 165/2001	Si	Si
Consorzio	Pubblica	Si	Si	Privatistico	Codice dei contratti pubblici	Privato	Principi di cui all’art. 35 del 165/2001	Si	Si

Box 4 – Fase in itinere – A prescindere dalla forma...

- Qualificare i processi di comunicazione tra i livelli di governo
- Qualificare il sistema di pianificazione, indirizzo e controllo
- Investimento sulla funzione economico-finanziaria
- Garantire il presidio politico e tecnico sui risultati in termini di efficienza, efficacia, economicità e qualità del servizio
- Strutturare sistemi di *reporting* economico periodici
- Chiarire le dipendenze gerarchiche, funzionali e le responsabilità dei servizi
- Investire in formazione sulle funzioni di controllo-monitoraggio-valutazione

monitoraggio dei costi, della gestione del personale, dell'innovazione tecnologica, della comunicazione, delle relazioni sindacali, ecc.).

- Secondo strumento: Le schede di monitoraggio. Per ogni modello gestorio/progetto/servizio si suggerisce che vengano monitorate almeno le seguenti dimensioni, sulla base di indicatori opportunamente costruiti, al fine di rendere il più oggettiva possibile l'attività di monitoraggio *in itinere*.

1. Efficacia
2. Efficienza

3. Economicità
4. Qualità dei servizi e soddisfazione percepita degli utenti
5. Capacità di programmazione (sovracomunale)
6. Innovazione
7. Immagine del territorio.

I Fattori Critici di Successo per la convenienza

Una volta che sono stati definiti gli obiettivi di un progetto di innovazione e di cambiamento organizzativo, o di scelta di un nuovo modello gestorio, i manuali di ma-

nagement ci suggeriscono, come passo successivo, quello di identificare i "Fattori Critici di Successo" (FCS), vale a dire riflettere sulle attività strategiche che è indispensabile affrontare per raggiungere gli obiettivi prefissati, in quanto connesse ai principali problemi che si incontreranno nel processo di definizione e attuazione del progetto.

Il termine Fattori Critici di Successo (FCS) è usato infatti nella programmazione delle attività delle organizzazioni e indica i più importanti sub-obiettivi di una politica (o di un intervento). Definiamo quindi gli FCS come i pre-requisiti che devono essere raggiunti per realizzare la missione.

FASE EX POST

La fase *ex post* è quella che ci permetterà di affermare con contezza di dati, schede, strumenti di lavoro – seguendo il ciclo logico del monitoraggio e della valutazione, figura che fa da cornice di apertura e di chiusura di questo scritto – non tanto l'efficacia del modello gestorio o del progetto/servizio (questo, ripetiamo, è compito della fase di monitoraggio), bensì la effettiva risoluzione del problema collettivo che era stato identificato a monte; problema (od opportunità) che deve rappresentare il filo rosso del lavoro degli amministratori e dei tecnici, e che si spera, con questo breve articolo, di avere sufficientemente ed adeguatamente posto al cuore dell'attività metodologica e gestionale degli strumenti di analisi.

Box 5 – Possibili FCS per la riuscita di un percorso di analisi di un modello gestorio Area Welfare

1. La visione di scenari territoriali di area vasta
2. Il forte *commitment* politico, sia nella fase di costituzione sia nel prosieguo delle scelte gestionali
3. Il coinvolgimento stabile dei dirigenti/funzionari che a vario titolo collaborano ai servizi
4. Il confronto ed il supporto con i funzionari regionali
5. Il confronto permanente con altre realtà, sia a livello regionale che (inter)nazionale
6. La redazione di studi di fattibilità delle gestioni alternative che tengano in considerazione, per ogni modello analizzato, non solo la dimensione organizzativa e gestionale, ma anche la dimensione finanziaria e di sostenibilità, nonché di qualità incrementale
7. La redazione di rendiconti di attività e di valutazione su base di indicatori
8. La dotazione strumentale ed organica sufficiente e necessaria alla realizzazione delle funzioni associate
9. Controllo dei fornitori dei servizi alla persona
10. Almeno un quinquennio stabile del campo di azione

1] Cfr. W.N. DUNN, *Public Policy Analysis: An Introduction*, 2ª ed., Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1993.

IL WELFARE SUL WEB – VIII PARTE

a cura di Maurizio Motta

Qualche spunto on line per approfondire tematiche sociali e socio-sanitarie

Il web è ricco di siti utili sui temi delle politiche e servizi di welfare, e costruirsi una propria “mappa” di siti da visionare è un modo per procurarsi aggiornamenti con diversi vantaggi: il basso costo (o la completa gratuità), l’accesso a contenuti sempre aggiornati, la possibilità di fruirne in modo flessibile, ossia quando si ha tempo ed interesse. E di fruirne da parte di qualunque operatore disponga di un accesso ad Internet, senza che sia necessario organizzare momenti formativi specifici.

Inoltre da molti siti si può ricevere gratuitamente una newsletter, che presenta le novità e aiuta periodicamente a ricordare l’uso di quella risorsa informativa. Pensiamo dunque possa essere stimolante in questa rubrica continuare a segnalare ai lettori alcuni siti di possibile interesse, senza voler comporre una mappa esaustiva dei siti utili, che dipende naturalmente anche dagli interessi di ciascuno.

www.associazioneantigone.it

Antigone è una associazione “per i diritti e le garanzie nel sistema pe-

nale” che promuove elaborazioni e iniziative sul modello di legalità penale e processuale del nostro Paese, e sulla realtà carceraria. Dalla home page del sito si accede a diverse sezioni:

- L’Associazione, con ampia documentazione e rassegna di iniziative, normativa, supporti di informazione legale. È possibile richiedere una newsletter periodica.
- L’Osservatorio sulle condizioni di detenzione in Italia, costruito anche con visite di osservatori negli istituti penitenziari italiani, che redige schede sui diversi istituti, pubblicate nel Rapporto *on line* consultabile sul sito. Ogni due anni pubblica un volume sul sistema penitenziario italiano e le problematiche legate alla pena detentiva.
- L’Osservatorio europeo delle condizioni di detenzione, per individuare le tendenze delle legislazioni penali dei Paesi europei e rendere trasparenti all’osservazione pubblica i luoghi della pena.
- Il Centro europeo di studi, documentazione e ricerca sul diritto penale e l’esclusione sociale

con ampi materiali fruibili tramite Biblioteca e banca dati *on line* (SBN).

- Il Difensore civico delle persone private della libertà di Antigone, figura non istituzionale per promuovere iniziative a partire da casi e denunce provenienti dalle carceri.

Cure palliative

Le cure palliative e l’assistenza ai morenti sono diventate solo recentemente una attenzione e una “rete di servizi” da prevedere come componente strutturale del nostro sistema sanitario pubblico¹. Presentiamo perciò qui due siti tra i molti che si occupano di questa tematica:

www.retecurepalliative.it

È gestito dalla Regione Piemonte, ma accanto alle informazioni specifiche sui servizi presenti in questa



Regione può essere utile per iniziare a conoscere il tema, perché in modo semplice descrive che cosa sono le cure palliative e come conoscere e contrastare il dolore, fornendo anche informazioni sulla normativa e gli appuntamenti nazionali, nonché link a siti italiani ed europei.

www.sicp.it

È il sito della Società Italiana di Cure Palliative, Società scientifica senza scopo di lucro che sviluppa iniziative per i malati inguaribili nella fase terminale di malattia. Intende promuovere cure globali per la tutela della dignità delle persone nella fase terminale della malattia supportando contestualmente anche i familiari, l'umanizzazione in medicina e la capacità di ascolto ed empatia, la conoscenza delle cure palliative, l'elaborazione di normative che garantiscano il diritto di accesso alle migliori cure palliative possibili per tutti.

Il sito presenta una ampia gamma di eventi, percorsi formativi, materiali (normativa, linee guida, documenti), progetti conclusi e in corso, reti di cure palliative in funzione nei diversi territori, rassegna stampa, notizie e comunicati. È possibile richiedere l'invio di una newsletter periodica.



www.cliclavoro.gov.it

È un portale pubblico luogo di incontro tra cittadini, aziende e operatori (pubblici e privati) per interagire ed informarsi su tutto ciò che accade in materia di lavoro, anche per facilitare l'intermediazione tra domanda e offerta e semplificare gli adempimenti burocratici. Nel sito si trovano offerte di lavoro e *curricula* direttamente inseriti dagli utenti, informazioni su adempimenti e normative, sedi di Centri per l'impiego, sportelli lavoro e Agenzie per il Lavoro accreditate. Si può accedere ad Eures (servizio che favorisce la mobilità professionale in Europa), ed al sistema per l'invio delle Comunicazioni Obbligatorie online sui rapporti di lavoro. Nel portale si trovano anche sezioni informative di approfondimento, un'area news in cui vengono giornalmente inserite notizie su opportunità di lavoro, formazione, bandi e concorsi, incentivi e finanziamenti per le imprese (con notizie diversificate anche per area geografica), aspetti normativi e novità sul mondo del lavoro, in Italia e all'estero. Viene anche presentato il Piano per il lavoro del Governo, e le iniziative nelle politiche sociali correlate al tema lavoro. La navigazione nel Portale è libera e non occorre registrarsi. Registrandosi a Cliclavoro si può inserire il proprio curriculum o profilo aziendale per entrare in contatto con chi cerca od offre lavoro.



www.bottegadelpossibile.it

La Bottega del Possibile è un'associazione di promozione sociale, operante a Torre Pellice (Provincia di Torino) nata per promuovere soprattutto la cultura della domiciliarità e migliorare le forme di assistenza al domicilio di persone anziane e con problemi di autosufficienza. Intende proporsi come laboratorio culturale per un "welfare plurale", per produrre saperi, confronti di idee ed esperienze sui temi della domiciliarità, e diffonderli. Nel sito si accede alle diverse iniziative della Bottega: seminari e percorsi formativi proposti in sede o "in giro per l'Italia", progetti di sostegno alla domiciliarità in collaborazione con enti pubblici e del privato sociale, punto di ascolto, accoglienza, orientamento; e la "borsa degli attrezzi" (strumenti e occasioni di approfondimento). Sono inoltre presentate le pubblicazioni promosse dalla Bottega (video e libri), ed il suo Centro di documentazione, per l'accesso a materiali utili con consultazione e prestito gratuiti.

1] È con la legge 38 del 15 marzo 2010 che si inquadra le cure palliative entro il sistema dei livelli essenziali di assistenza da garantire.



IL MIO IMPEGNO SOCIALE ATTRAVERSO L'ARTE

INTERVISTA A MONI OVADIA

a cura di Franco Iurlaro

*Il teatro, la vita, palcoscenici per creare
e non dimenticare*

La prima domanda. Nel rileggere la sua storia personale, la sua vita, cosa crede abbia generato la sua storia in termini dei progetti di cui si è sentito protagonista?

Generato per me o per gli altri?

Per lei

Mah... io francamente rappresentavo i miei obiettivi come poi di fatto in buona parte si sono realizzati. Io ho avuto due grandi passioni che mi hanno animato, la – diciamo, visto che oramai la politica è più partitica – politica sociale cioè l'impegno etico sociale ed il linguaggio artistico come strumento per declinare le due passioni. Linguaggio artistico che mi permette di esprimermi con la massima libertà ed anche il massimo ardimento e l'impegno etico sociale. Io onestamente le due cose sono riuscito a coniugarle nei miei progetti.

E a partire da quali valori di fondo?

I valori di fondo partono dalla mia formazione. Io sono di famiglia ebraica, ho studiato alla scuola ebraica di Milano, la mia prima formazione ideale è stata quella mar-



Moni Ovadia nasce a Plovdiv in Bulgaria nel 1946, da una famiglia ebraico-sefardita. Dopo gli studi universitari e una laurea in scienze politiche ha dato avvio alla sua carriera d'artista come ricercatore, cantante e interprete di musica etnica e popolare di vari Paesi. Nel 1984 comincia il suo percorso di avvicinamento al teatro, prima in collaborazione con artisti della scena internazionale, come Bolek Polivka, Tadeusz Kantor, Franco Parenti, e poi, via via proponendo se stesso come ideatore, regista, attore e capocomico di un "teatro musicale" assolutamente peculiare, in cui le precedenti esperienze si innestano alla sua vena di straordinario intrattenitore, oratore e umorista. Filo conduttore dei suoi spettacoli e della sua vastissima produzione discografica e libraria è la tradizione composita e sfaccettata, il "vagabondaggio culturale e reale" proprio del popolo ebraico, di cui egli si sente figlio e rappresentante, quell'immersione continua in lingue e suoni diversi ereditati da una cultura che le dittature e le ideologie totalitarie del Novecento avrebbero voluto cancellare, e di cui si fa memoria per il futuro. (da www.moniovadia.net)

xista perché ho avuto un professore di storia straordinario che è

stato Maestro ed amico, mi ha formato molto in questa motivazione.

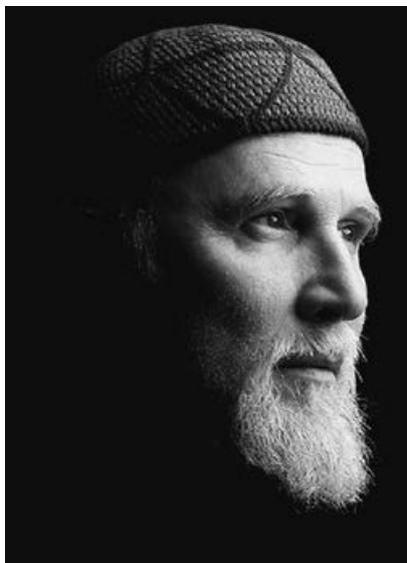
Questa formazione, questo retroterra marxista, naturalmente anche nel suo respiro di visione del mondo, per cui anche l'Illuminismo come passaggio fondamentale, la Rivoluzione Francese, i grandi ideali di riscatto sono stati la mia prima fortissima formazione. Poi ho scoperto che in realtà in una dimensione etico spirituale ma anche giuridica l'ebraismo li esprimeva e non a caso c'è una presenza di rivoluzionari ebrei nelle grandi rivoluzioni sociali; da dove gli ebrei hanno potuto accedere all'emancipazione, che rivela la relazione fortissima con questa linea profetica dell'ebraismo che è una linea decisamente rivoluzionaria.

Ed un professore di storia ha scatenato tutto questo?

Il professore di storia è stato il primo attivatore. Poi un altro professore che mi ha fatto accedere all'incontro con il grande patrimonio delle culture tradizionali, soprattutto quelle delle classi lavoratrici – quelle che si chiamavano classi subalterne –. Questa cultura come risposta, che è una cultura naturalmente antagonista al potere, mi ha permesso di scoprire uno spazio artistico. Poi l'incontro con la cultura dello *yiddish*¹, attraverso la musica tradizionale e quindi anche con la spiritualità dello *yiddish* e con la grande letteratura del teatro dell'*yiddish* e tutto questo per convergere nel mio lavoro, e anche nel mio impegno socio politico, sia attraverso il mio lavoro, sia anche come partecipazione a battaglie. Un impegno che è diventato costante.

Un profilo artistico che ha aiutato molto ad avere meno difficoltà, probabilmente.

Un profilo artistico che mi ha per-



messo di esprimermi in quello che era congeniale per la mia vocazione libertaria e perché è un linguaggio libero, non è un linguaggio accademico. Avrei potuto fare anche il professore universitario volendo, ma il linguaggio accademico non mi è congeniale. La libertà che mi dà il linguaggio artistico è senza pari. Poi il linguaggio artistico ed in particolare il teatro è una

forma... è in se stesso il teatro come un'arte che accede al sublime partendo dal basso. Il teatro un'arte, il teatrante che una volta agiva in terra sconscrata. Il teatro è veramente un sacrario della centralità umana perché permette all'uomo di misurarsi con le proprie infamie e le proprie vocazioni – quindi, meglio di così – e poi, naturalmente facendo io un teatro musicale. Il teatro nasce come teatro musicale e poi teatro borghese; il teatro della neo classicità si è trasformato in teatro della parola, ma secondo me è una paurosa decadenza. Il teatro borghese ha prodotto risultati clamorosi, però ha avuto una grande decadenza. Il '900 ritrova, attraverso il teatro di sperimentazione da Merck in avanti, il teatro come spazio totale. Io ho trovato lì la mia integrità: Michael² attraverso tutti i grandi, poi l'esperienza di Grotowski³, l'esperienza Barba⁴. Kantor⁵ che è stato per me il Maestro assoluto, ho avuto il grande privilegio di essere suo amico e di lavorare con lui, vi ho trovato, secondo me, una delle massi-





me forme delle espressioni del talento umano e oggi l'aggressione allo statuto del teatro è contestuale all'aggressione della democrazia. Con Pericle nasce il teatro e la democrazia assieme. La morte di Pericle è la morte della democrazia e anche, contestualmente, la fine di quell'immensa stagione teatrale.

Parlando di stagioni, nel tempo ci sono state, lungo tutta quest'esperienza, tante trasformazioni sociali, culturali; di queste quale, per effetto del suo lavoro artistico, quella di cui ritiene essere stato più parte, più intimo?

Io credo che ci sono stati, nel Novecento alcuni momenti sconvolgenti di trasformazione culturale che sono l'innovazione nell'arte, il periodo tra le due guerre, Weimar, la grande Vienna, ma anche la stagione teatrale che dagli anni '60 si prolunga fino ad oggi. Tutto questo percorso, che è politico, provoca anche cambiamento negli spettatori, nella società, nel mondo attorno. Weimar è stato forse l'esperienza più avanzata di democra-

zia pura anche se nella sua terribile fragilità. È il periodo anche della Bauhaus⁶, è il periodo in cui si crede che l'arte, la grande arte, sia per i ceti popolari, è un momento sconvolgente. Noi oggi viviamo in un tempo di paurosa regressione, con mancanza di creazione, mancanza di visione. Naturalmente tutto questo si riverbera sul teatro, oltretutto il teatro sta subendo una regressione senza precedenti. In quei momenti grandi era difficile fare teatro, ma c'era la passione, la speranza, l'entusiasmo. Oggi c'è una depressione paurosa che rende tutto difficile, però io sono per combattere. Si usciva dal teatro convinti di aver recepito un messaggio che si poteva portare avanti con forza nel mondo, nella società civile. Il pubblico andava proprio a capirsi, a specchiarsi. Ora l'Italia ha un problema ulteriore. Mentre nei Paesi del Centro ed Est europeo, come in Germania, Francia e Inghilterra, pur con tutti i problemi che hanno anche loro, il teatro è rispettato, in Italia la classe politica, la classe dirigente, è diven-

tata di una mediocrità, di una rozzezza, perché ha perso per esempio i tratti della grande borghesia che pur con tutte le sue colpe aveva una grande cultura. Adesso c'è stata l'ascesa di una classe dirigente incolta, che vive tra gli scambi del computer e i resort.

E fa di tutto una questione economica, dimenticando che l'economia è anche altro, anche etica ad esempio.

C'è questa tendenza economicista, ma soprattutto una classe dirigente di una paurosa volgarità e spesso ignoranza, facendo le debite eccezioni. Ad esempio una volta c'era Olivetti. L'Italia ha conosciuto il più grande modello industriale forse di tutto il Novecento con Olivetti. Cosa ne abbiamo fatto di quest'eredità? Questo è un Paese che è disposto a perdere tutto pur di fare cassa, non per fare economia, ma per fare cassa.

Tutto questo percorso lo ha fatto da solo, come manager di se stesso.

Io ho avuto due manager che mi hanno seguito, ma non ho avuto santi in paradiso, non ho avuto appoggi politici, non ho mai avuto una tessera di partito, non ho diretto un Teatro, tuttora non lo dirigo pur avendo più titoli di tanti altri. Con Mario Brandolin abbiamo diretto Mittelfest per cinque anni ed è stato una specie di miracolo, malgrado i nostri clamorosi e riconosciuti successi nessuno ci ha chiamato a dirigerne un altro. Ormai coloro che decidono le direzioni dei teatri non sono minimamente interessati né ai teatri né alla cultura, ma solamente alle loro beghe politiche, ai loro piccoli giri di potere, alto o basso potere che sia. Francamente io sono talmen-

te lontano da tutto questo che vado per la mia strada con il rispetto che mi sono guadagnato e allora se non posso fare spettacoli con scenografia, faccio lessica. Io sono una persona che ha fatto un valore dell'onestà intellettuale e dell'indipendenza. Auspicherei una classe dirigente di questo tipo: in un Paese baltico, non mi ricordo quale, c'è stato uno spettacolo di grandissimo successo, anche internazionale, e allora il Ministro della cultura di quel Paese ha spesso accompagnato lo spettacolo sedendo in platea. Bene, in quello spettacolo lo stesso Ministro della cultura veniva fatto a pezzi, ma questo è un dirigente di statura. Incasso le critiche, perché sono dei grandi artisti, non mi piacciono le critiche ma riconosco il valore. Invece da noi, "Yes man" e "mediocrume", naturalmente ci sono delle eccezioni, rare, ma ci sono.

Ultima domanda: come persona, quali sono le strategie, scelte ed azioni che la riguardano nel momento in cui pensa alla cura di

sé stesso, al suo benessere per poter continuare a portare la sua parola al teatro?

Io ho una caratteristica, riconosco a me stesso una tenacia assoluta, anche nei momenti di depressione, ne ho spesso, però mi riprendo. Cado e mi rialzo, non mollo mai. Io ho cominciato ad avere successo in teatro a quarantotto anni e ho cominciato col mio primo spettacolo professionale "pagato" a diciassette anni, cioè 50 anni fa.

Quindi la tenacia di 31 anni.

Non mollo mai. Tenacia e pazienza. È molto strano, ma con l'andare del tempo e la maturazione ho capito che ciò è importante per un rivoluzionario – e uso questo termine non nel senso mediocre ma uno che crede nella possibilità di trasformare il mondo, di cambiarlo. Ci sono ad esempio rivoluzioni riuscite e benigne, quella di Carlo Petri per Slow Food, quella di Emergency. Come fa un pugno di gente, basandosi sul volontariato di ragazzi, a riuscire a curare 4-5 milioni di vittime di guerra? Bisogna co-

niugare pazienza e urgenza. I valori sono urgenti e irrinunciabili, i tempi devono essere accettati e talora possono essere defatiganti. Io ho cominciato professionalmente a diciassette anni e ho svoltato a quarantotto, trentun anni però alla fine è andata. Tadeusz Kantor che è stato un importante scenografo e uomo di teatro, ha avuto successo a sessanta anni con "La classe è morta", anche "La gallinella acquatica" e altri spettacoli suoi prima, ma è diventato il vero grande Kantor a sessant'anni suonati con "La classe è morta" che da alcuni è ritenuto il più grande spettacolo del Novecento. Questa è la tenacia che riconosco anche a me stesso. Io, ad esempio, ho iniziato a fare alcuni lavori importanti con una collega, brava e dotata, però lei non aveva il "duende", il diavolo, quella possessione, quella passione irrinunciabile. La passione, dice Isaak Babel, è la signora dei mondi, se la passione è irrinunciabile e ha quel tipo di urgenza, allora anche il muro contro cui picchi la testa cede, ma non cede per le tue testate, ma cede perché riconosce la maestà della tua passione.



1] Lingua germanica del ramo germanico occidentale, parlata dagli ebrei originari dell'Europa orientale. È parlata da numerose comunità in tutto il mondo ed è scritta con i caratteri dell'alfabeto ebraico.

2] Michael Frayn (1933), scrittore e drammaturgo britannico.

3] Jerzy Grotowski (1933-1999), regista teatrale polacco, una delle figure di spicco dell'avanguardia teatrale del Novecento.

4] Eugenio Barba (1936), regista teatrale italiano, una delle figure di spicco del teatro mondiale contemporaneo.

5] Tadeusz Kantor (1915-1990), pittore, scenografo e regista teatrale polacco, tra i maggiori teorici del teatro del Novecento.

6] Bauhaus, scuola di architettura, arte e design della Germania che operò a Weimar dal 1919 al 1925, a Dessau dal 1925 al 1932 e a Berlino dal 1932 al 1933.