

Dove va la spesa sanitaria? Dai trend di spesa ai tasselli di una nuova governance con finanziamento multipillar

di Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno | 27 Febbraio 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

Argomenti per il dibattito

Dove va la spesa sanitaria? È una domanda che da qualche anno sta tenendo impegnate le riflessioni di economisti e policy maker, mettendo alla prova le caratteristiche di diverse metodologie di proiezione. Dalla risposta dipende anche la valutazione su dove vanno le finanze pubbliche, data la rilevanza che questo capitolo di spesa mediamente ha sui bilanci degli Stati, oltre alla sua importanza sociale e politica. Questo scritto vuole portare un contributo di riflessione che, a partire dalla dinamica che storicamente la spesa ha fatto registrare (paragrafo 1.), si interroghi sulla dinamica futura (secondo paragrafi 2., 3., 4. e 5.) e sulle soluzioni più adatte a governarla (paragrafo 6., paragrafo 7. e paragrafo conclusivo).

1. Le dinamiche storiche di lungo periodo

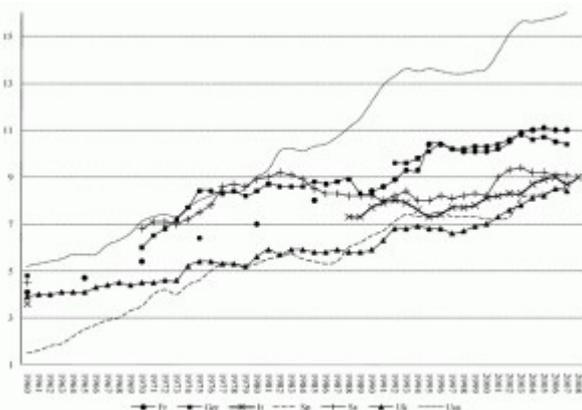
Prima di guardare al futuro prossimo e remoto, è sempre bene guardare a quel che è già accaduto. I dati Ocse, Health data – 2009¹ forniscono serie dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul Pil, complete dal 1960 ad oggi, per Spagna, Uk e Usa. Per la Francia la serie parte dal 1964, per la Germania e per la Svezia dal 1970, per l'Italia soltanto dal 1988. In questi ultimi casi, l'incompletezza delle serie è dovuta alla discontinuità creata da revisioni di contabilità nazionale. Tuttavia, i dati di lungo periodo sono troppo rari e preziosi per essere dimenticati del tutto, persino nel loro ordine di grandezza. Le serie più recenti possono essere integrate dalla versioni precedenti di Health data, per completare i dati al 1960, e coprire per il maggior numero dei Paesi un periodo di cinquant'anni.

Nei principali paesi Ue-15 e negli Usa, l'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul Pil si è almeno raddoppiata dal 1960 ad oggi. Per la Spagna il multiplo è addirittura per cinque/sei. Questo sostenuto trend si è realizzato mentre il coverage pubblico è variato di poco nei Paesi in cui partiva già elevato, con valori superiori al 75%; mentre, in Francia, in Spagna e soprattutto in Usa, è sensibilmente cresciuto, passando nel primo caso da meno del 65 a più del 75%, nel secondo caso da circa il 55 a oltre il 70%, e nel terzo da meno del 25 a circa il 45%. Nei Paesi in cui il coverage è variato poco, gli incrementi di incidenza della spesa complessiva possono essere riferiti tout court anche alla componente di spesa pubblica. Per Paesi come la Francia, la Spagna, gli Usa, se si tiene conto dell'andamento crescente del coverage, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica è aumentata, dal 1960 ad oggi, di multipli superiori alle sette/otto volte².

Una crescita così intensa si è accompagnata ad un altrettanto sorprendente aumento della vita attesa alla nascita e della vita attesa a 65 anni. La prima ha guadagnato circa un anno ogni quattro/cinque; la seconda circa un anno ogni dieci per gli uomini, e un anno ogni otto/nove per le donne.

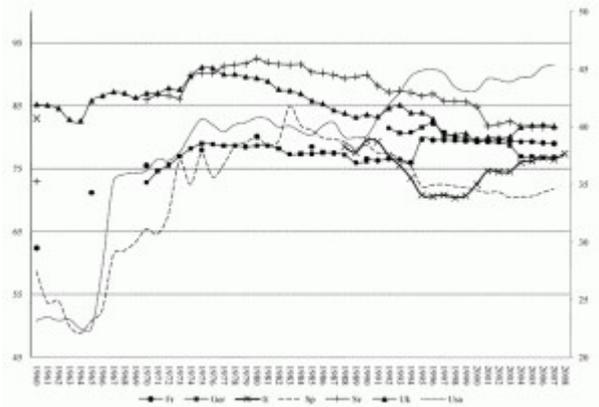
L'allungamento della vita è sicuramente un risultato dell'aumento delle condizioni di salute sostenuto dalla maggior spesa sanitaria complessiva e pubblica; ma emerge anche come, negli scorsi cinquant'anni, l'interazione tra spesa e salute non sia giunta a nessuna stabilizzazione, in cui sorgesse anche il contro-effetto della più elevata salute sui risparmi di spesa. Le serie storiche si sono mantenute in costante ed ininterrotta co-evoluzione crescente. E questo è avvenuto nonostante la generale riduzione delle probabilità di morte a tutte le età³.

Figura 1 – Andamento dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul Pil



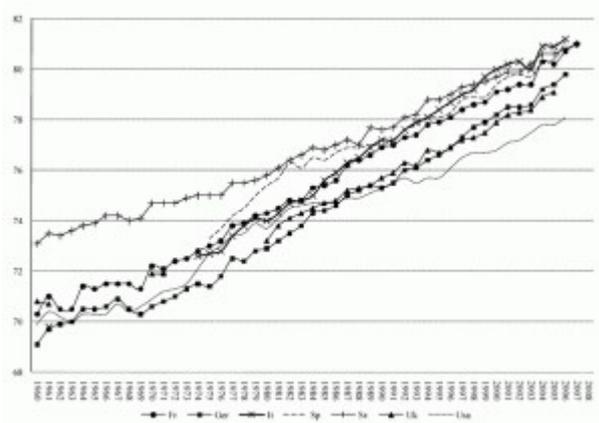
fonte: elaborazione degli autori su Ocse

Figura 2 – Andamento del coverage pubblico in percentuale della spesa sanitaria complessiva



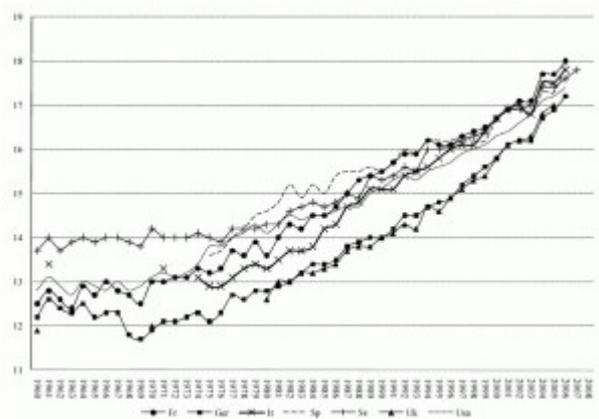
fonte: elaborazione degli autori su Ocse

Figura 3 – Progressione della vita attesa alla nascita



fonte: elaborazione degli autori su Ocse

Figura 4 – Progressione della vita attesa a 65 anni per gli uomini



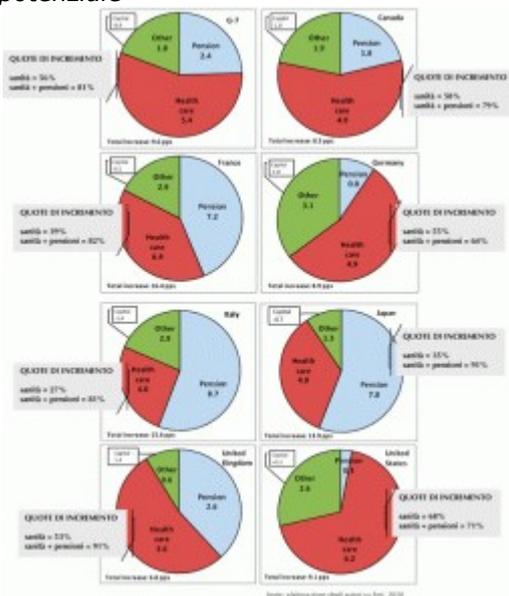
fonte: elaborazione degli autori su Ocse

Figura 5 – Progressione della vita attesa a 65 anni per le donne



fonte: elaborazione degli autori su Ocse

Figura 6 – Scomposizione dell'incremento 1960-2007 dell'incidenza della spesa corrente primaria sul Pil potenziale



fonte: elaborazione degli autori su Fmi, 2010

L'intensa dinamica fatta registrare dalla spesa sanitaria emerge con chiarezza anche dalla più recente analisi del Fondo Monetario Internazionale (Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies, Fiscal Affairs Department, Settembre 2010). Se l'incremento della spesa pubblica primaria sul Pil (potenziale), realizzatosi tra il 1960 e il 2007, viene scomposto in quota attribuibile alla sanità, alle pensioni e alle altre voci diverse dal pagamento di interessi passivi, risulta che mediamente oltre il 45% origina nel sistema sanitario e circa l'80% nel complesso del sistema sanitario e pensionistico (Figura 6).

Si legge nel documento del Fmi:

«[...]The second fiscal trend that characterizes the last decades is the increase in the size of government—measured by the ratio of spending to potential GDP. This is true for overall spending as well as primary spending—spending excluding interest payment. Most of the increase took place between 1965 and 1985, a trend which was present in all G-7 countries. It is often argued that this increase reflects a change in the nature of the state: from a state providing “core functions” such as security services —defense, policy, justice — as well as large public works to a state that was providing a much wider range of social services (see e.g., Tanzi and Schuknecht, 2000; Tanzi, 2005 and 2008). This is correct but with one important caveat. The bulk of the increase in public spending (over 80 percent) is due to two items: health care and pensions. In particular, health care spending has surged in many G-7 countries. In the United States, it has accounted for more than two thirds of the increase in the primary spending ratio and more than half in Canada, Germany, and the United Kingdom. Other current spending items increased, partly using the space created by a decline in public investment (on average from 3 percent of potential GDP in 1960 to 2½ percent of potential GDP in 2007) and military spending, which dropped by some 3 percentage points of potential GDP between 1960–2007 on average for the G-7 countries. Nevertheless, it is clear that health and pension spending had the lion’s share of the increase in primary public spending [...]».

Fabio Pammolli: Presidente del CeRM

Nicola C. Salerno: Senior Economist del CeRM

Il CeRM è un centro di analisi economica applicata con sede in Roma. I lavori del CeRM sono tutti disponibili on-line al sito web: www.cermlab.it

1 Ocse, Health data, database online, varie edizioni sino a quella del 2009.

2 Non si riscontra, nei dati, un'interazione endogena inversa tra il coverage della spesa pubblica e la dinamica della spesa (pubblica e complessiva). Un esempio significativo arriva dal confronto Usa-Italia. Gli Usa dedicano, in termini di Pil, più risorse pubbliche dell'Italia alla sanità, anche se nel complesso mostrano un coverage inferiore perché la componente privata è molto più consistente che in Italia: se fosse vera l'interazione endogena dal coverage alla spesa, tale interazione dovrebbe emergere anche tra un'alta percentuale di spesa pubblica in termini di Pil e la dinamica della stessa spesa. Più interessanti appaiono, invece altre endogenità attivabili nel welfare system, e in particolare quella che va dalla diversificazione degli strumenti di welfare (per ottenere la quale il finanziamento multipilastro delle pensioni e della sanità va visto come strumentale) al benessere psicofisico durante tutte le fasi della vita.

3 Una quota significativa della spesa sanitaria si colloca nell'anno del decesso (i cosiddetti death related costs). In Italia, per fare un esempio, il numero totale di anni di vita persi (altro indicatore di stato di salute di una comunità utilizzato dall'Ocse si è ridotto del 74% dal 1960, cfr. www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid= (ultima visita: Giugno 2010).

1. Le proiezioni Awg-Ecofin⁴

Se questa è la storia degli ultimi cinquant'anni, quali proiezioni si possono avanzare per i prossimi cinquanta? Ecofin ed Ocse vi hanno dedicato due recenti lavori; ed è proprio dal confronto ragionato fra i due che si possono ottenere informazioni preziose per i policy maker.

Il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione di Ecofin (Awg-Ecofin) è giunto ormai alla sua terza release di proiezioni per la spesa sanitaria pubblica acute e di lungodegenza. Nello scenario centrale o Awg-reference, quello incorporato nell'analisi annuale di sostenibilità di lungo termine delle finanze pubbliche dei paesi, la acute vede aumentare la sua incidenza sul Pil, da oggi al 2060, di 1,5 p.p. in Ue-15 e Ue-27, e di 1,1 p.p. in Italia. Sul fronte della spesa di lungodegenza (long-term o ltc), gli incrementi di incidenza sono di 1,2 p.p. per l'Ue-15, di 1,1 per l'Ue-27, e di 1,3 per l'Italia.

Tavola 1 – Proiezioni di spesa Awg-Ecofin: scenario centrale e scenario «tecnologico»

	Spesa sanitaria pubblica - % Pil				
	scenario centrale (o Awg-reference scenario)				scenario «tecnologico»
	acuta		per lungodegenza		acuta
	2007	Δ 2007-2060	2007	Δ 2007-2060	Δ 2007-2060
Francia	8,1	1,2	1,4	0,6	6,8
Germania	7,4	1,8	0,9	1,4	7,2
Italia	5,9	1,1	1,7	1,3	5,3
Spagna	5,5	1,6	0,5	0,9	5,6
Svezia	7,2	0,8	3,5	2,3	5,4
Uk	7,5	1,9	0,8	0,5	7,4
Ue-15	6,9	1,5	1,3	1,2	6,4
Ue-27	6,7	1,5	1,2	1,1	6,3

fonte: elaborazione degli autori su Ecofin

Per apprezzare a fondo le proiezioni è necessario inquadrarle all'interno delle ipotesi più importanti adottate da Awg-Ecofin, oltre quella di invarianza della policy.

Per la voce acute, a partire della spesa pro-capite per fasce di età-sesso nell'anno base (il 2007), questa stessa spesa si evolve nel tempo allo stesso tasso di crescita del Pil pro-capite. A questa dinamica si aggiunge una elasticità della domanda di prestazioni al Pil pro-capite pari ad 1,1 nel 2007, e poi convergente con continuità all'unità al 2060. Infine, tra un anno e l'altro i profili di spesa età-sesso si traslano in avanti della metà dell'incremento di vita attesa, il cosiddetto dynamic profiling.

Quanto alla voce long-term, la spesa pro-capite per fasce di età-sesso cresce allo stesso tasso del Pil per occupato (per dar conto dell'«effetto Baumol»⁵), tranne che per le prestazioni cash dove il riferimento è il Pil pro-capite. L'elasticità delle prestazioni è, in questo caso, sempre unitaria. Tra un anno e l'altro le

probabilità di evento inabilitante/invalidante si riducono della metà della riduzione della probabilità di morte (dynamic profiling applicato alla lungodegenza). Infine, la probabilità di ricevere prestazioni istituzionalizzate e formalizzate (al di fuori della rete familiare e amicale) rimane stabile ai valori del 2007.

Le ipotesi dello scenario centrale, che pure conducono ad un'incidenza continuamente crescente sul Pil senza inversione o stabilizzazione, sono ottimistiche, nella misura in cui considerano i fattori che possono concorrere al contenimento della spesa (il dynamic profiling su tutti), mentre lasciano in secondo piano quelli che potrebbero esercitare l'effetto opposto. In particolare ci si riferisce alla dinamica della spesa adagiata a quella del Pil, e all'elasticità della domanda solo inizialmente e per la sola voce acute superiore all'unità.

I limiti di questo set risaltano soprattutto a confronto con il dato storico che, nonostante il rapporto tra spesa e Pil sia stato spesso influenzato da politiche di controllo e compressione della stessa spesa, riporta di un tasso di crescita della spesa pro-capite che mediamente ha sovrastato quello del Pil pro-capite di 1-2 p.p. a seconda del Paese⁶.

È questa la ragione per cui Awg-Ecofin include, per la prima volta nella terza release di proiezioni, uno scenario «tecnologico», in cui l'elasticità è sempre superiore all'unità⁷. In questo scenario, per adesso relativo solo alla voce acute, gli incrementi di incidenza sul Pil sono significativamente superiori, pari a 6,4 p.p. in Ue-15, a 6,3 p.p. in Ue-25, e a 5,3 p.p. in Italia. Più o meno dovunque, la spesa quasi raddoppia in termini di Pil.

3. Le proiezioni Ocse⁸

Lo scenario «tecnologico» di Awg-Ecofin è stato sollecitato dall'esercizio di proiezione precedentemente svolto dall'Ocse sulla componente pubblica della spesa sanitaria. Pur partendo da una metodologia simile e da ipotesi macroeconomiche e demografiche sufficientemente allineate, e pur considerando il dynamic profiling, l'Ocse era già giunto a risultati molto diversi da quelli dello scenario centrale di Awg-Ecofin e simili, invece, a quelli dello scenario «tecnologico». Se si approfondiscono le ipotesi di base, ci si accorge che la differenza si spiega in base al tasso di crescita della spesa, all'elasticità della domanda e all'andamento della quota dell'assistenza di lungo termine istituzionalizzata e formalizzata.

Tavola 2 – Proiezioni di spesa Ocse: scenario a più intensa crescita

Spesa sanitaria pubblica - % Pil		
scenario a più intensa crescita		
spesa acuta e per lungodegenza		
	2005	Δ 2005-2050
Francia	8,1	7,1
Germania	8,8	6,0
Italia	6,6	9,4
Spagna	5,5	7,2
Svezia	8,6	4,2
Uk	7,2	5,7
Ue-15	7,2	6,4
Ue-27	6,7	6,9

fonte: elaborazione degli autori su Ecofin

Per la voce acute, il tasso di crescita della spesa pro-capite è pari a quello del Pil pro-capite moltiplicato 1,2 (elasticità maggiore dell'unità) e con l'aggiunta di uno spread di 1,1 p.p. gradualmente convergente a zero entro il 2050. In alternativa a questa ipotesi, negli scenari in cui si ipotizza elasticità unitaria, si aggiunge sempre uno spread di 1 p.p. tra tasso di crescita della spesa pro-capite e del Pil pro-capite.

Per la voce long-term, se è vero che si ipotizza la stessa dinamica del Pil per occupato, si aggiungono tuttavia due fattori determinanti nel traino: la quota di formal assistance è inversamente proporzionale al tasso di partecipazione al mercato del lavoro nella fascia 50-64, quest'ultimo a sua volta è ipotizzato convergere al 70 per cento in tutti i Paesi⁹; e per i tassi di dipendenza si individua una doppia dinamica: la prima in riduzione su archi decennali di pari passo con il miglioramento dello stato medio di salute (il dynamic profiling); l'altra in aumento year-by-year come conseguenza di dinamiche lato domanda e di aumenti dei costi connessi al progresso scientifico-tecnologico.

Nella somma di acute e long-term, Ocse mostra come, se il set delle ipotesi si amplia per dare più spazio alle determinanti di crescita extra demografiche, gli incrementi di incidenza sul Pil di lungo periodo (al 2050) configurano un raddoppio e in alcuni casi, come in Italia, un più che raddoppio¹⁰.

4. Le proiezioni Fmi

Nel corso del 2010 sono sopraggiunti anche due lavori del Fondo Monetario Internazionale che presentano proiezioni in cui la spesa sanitaria pubblica raddoppia la sua incidenza sul Pil a cinquant'anni. Si tratta del Fiscal Monitor di Maggio 2010, e del Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies di Settembre 2010. In particolare, quest'ultimo sono evidenziate le differenze tra le proiezioni della Commissione Europea e quelle del Fmi sull'incremento di incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica nei quattro Paesi Ue che rientrano anche nel G-7 (Francia, Germania, Italia, Regno Unito). Al 2030 il +0,8% p.p. di Pil della Commissione (in altri termini, dello scenario centrale di Awg-Ecofin) si confronta con il circa +3 p.p. del Fmi. Per inciso, le stime del Fmi per il Canada fanno registrare oltre +3 p.p. di Pil, quelle per il Giappone circa +3 p.p., mentre quelle per gli Stati Uniti (mutuate dal Congressional Budget Office) quasi +4,5 p.p.. Al 2050 il divario di proiezioni per i quattro Paesi Ue si allarga: il circa +4 p.p. della Commissione (sempre scenario centrale Awg-Ecofin) si confronta con il circa +9 p.p. del Fmi. La proiezione per gli Stati Uniti (sempre mutuata dal Congressional Budget Office) è di circa +13 p.p. di Pil al 2050.

Molto efficaci alcuni passaggi del Fmi in Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies:

«[...] For health care spending, the outlook is much more challenging [than for pensions]. [...] Studies indicate that non-demographic factors—most notably technology, but also income growth and the expansion of insurance—explain the vast majority of spending increases in health. Drawing on recent U.S. Congressional Budget Office projections of federal spending on Medicaid and Medicare, IMF staff estimate that general government spending on health will rise by 4½ percentage points of GDP over the next twenty years. For Canada and Japan, IMF staff project health care to rise by about 3 percentage points, respectively. In Europe, the increase projected in the Ageing Report by the European Commission (baseline projection) is much smaller—0.8 percentage point of GDP. Why is the difference so large? This is because of the different assumptions regarding the impact of non-demographic factors, including changes in the relative price of medical services. In fact, the EU baseline projections do not take such factors into account even though most of the trend increase in health care spending in the last fifty years was due to non-demographic components, including technological progress: better medical services have become available, but also more expensive ones. This has been a key driver of spending growth in both the United States and Europe. If we project the trend to continue, the projected increase in health care spending in Europe rises to about 3 percentage points until 2030. Altogether, in the G-7 economies, the key policy challenge over the coming decades will be to make health care systems sustainable by containing costs as well as creating fiscal space in other areas so as to adapt to societal preferences and needs for a greater share of ageing-related spending [...]».

Nell'altrettanto recente Ten Commandments for Fiscal Adjustment in Advanced Economies (Blanchard e Cottarelli, Fmi, 2010):

«[...] Commandment V: You shall pass early pension and health care reforms as current trends are unsustainable – Increases in pension and health care spending represented over 80 percent of the increase in primary public spending to GDP ratio observed in the G-7 countries in the last decades. The net present value of future increases in health care and pension spending is more than ten times larger than the increase in public debt due to the crisis. Any fiscal consolidation strategy must involve reforms in both these areas. This includes Europe, where official projections largely underestimate health care spending trends. Given the magnitude of the spending increases involved, early action in these areas will be much more conducive to increased credibility than fiscal front-loading. And will not risk undermining the recovery. Indeed, some measures in this area—while politically difficult—could have positive effects on both demand and supply (for example, committing to an increase in the retirement age over time [...]».

Sul fronte delle soluzioni di policy, il Fmi richiama l'attenzione sulla necessità di agire sia lato entrate che lato spese. Per le prime, il suggerimento è quello di rendere per tempo efficienti e meno distorsivi possibile i sistemi fiscali, allargando le basi imponibili e abbattendo i fenomeni di evasione ed elusione. Un obiettivo del genere richiederà necessariamente una forte intesa e una costante collaborazione internazionale. Per quanto riguarda, invece, il lato delle spese, le indicazioni puntano sull'efficientamento della pubblica amministrazione (le spese non-age-related), sul ridisegno di alcuni istituti di welfare (... reforms to subsidies and more targeted social transfers), e sulla regolazione dei criteri di accesso alle prestazioni finanziate con risorse pubbliche (... entitlement reforms; in altri termini l'universalismo selettivo).

Fmi: «[...] With public spending already high in the G-7 economies, and major spending increases projected in health care and pension, the adjustment will be primarily on the spending side.¹⁵ This said,

particularly in countries where the tax ratio is relatively low, and the fiscal challenges are more daunting, like the United States and Japan, it will be nearly impossible to avoid some action also on the revenue side. On the expenditure side, a target of freezing non-age-related spending in real per capita terms could create savings of 3–3½ percent of GDP within ten years. This goal could be achieved through moderation in public wage increases, where wages increased sharply in the past, reforms to subsidies, and more targeted social transfers. Ageing-related spending pressures need to be curtailed through entitlement reforms [...]».

4 Ci si riferisce ai due lavori Awg-Ecofin, *The impact of ageing populations on public expenditures*, 2006, e Awg-Ecofin, *Ageing Report – 2009 edition*, 2009. Per una loro dettagliata disamina, cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto*, Nota Cerm, n. 1-2009, liberamente disponibile sul sito www.cermlab.it. Si tenga presente che Ecofin considera un perimetro di spesa sanitaria pubblica che, nel caso dell'Italia, è più ampio di quello relativo alla sola gestione del Ssn, includendo voci appartenenti ai bilanci degli enti locali e, in particolare, dei Comuni.

5 Questo effetto consiste nel fatto che, se i guadagni di produttività nello svolgimento di una attività sono lenti mentre le remunerazioni di coloro che la svolgono seguono la dinamica reale media della massa retributiva nel sistema economico, il costo unitario di quella stessa attività cresce nel tempo. Sinora, l'«effetto Baumol» ha coinvolto numerose prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in primo luogo quelle di assistenza continuata alla persona inabile/disabile.

6 Cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *La sanità in Italia*, 2008, ed. Arel – il Mulino; in particolare il capitolo dedicato all'inquadramento internazionale.

7 In particolare, l'elasticità al Pil è pari a 0,7, ma poi al tasso di crescita così ottenuto si aggiungono 2 punti percentuali per tener conto degli effetti, sia lato domanda che lato offerta, degli avanzamenti della scienza e della tecnologia (di qui il nome di «tecnologico»).

8 Ocse, *Projecting OECD health care and long term care expenditures: what are the main drivers?*, 2006. Per una disamina dettagliata, cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni? Ecofin e Ocse a confronto*, cit.

9 Se aumenta il tasso di occupazione, le possibilità di assistenza continuata familiare o amicale si riducono. In Italia il tasso di occupazione complessivo è del 66 per cento, con quello delle donne poco al di sopra del 50 per cento.

10 Se si riunissero in un unico scenario i driver di crescita a più forte impatto, che l'Ocse distribuisce in scenari separati, l'ordine di grandezza degli incrementi di incidenza di lungo periodo diverrebbe ancora più macroscopico, non doppio ma addirittura multiplo.

5. Dinamica potenziale o dinamica già corretta dalla policy?

Come comporre assieme l'evidenza storica con esercizi di proiezione che presentano scenari anche molto diversi tra loro? Cruciale diviene l'esame delle ipotesi alla base delle proiezioni.

Se la differenza tra Ecofin e Ocse (cui si è aggiunto anche il Fmi) risiede soprattutto nel modo in cui le proiezioni raffigurano il legame tra la dinamica della spesa e lo sviluppo economico-sociale¹¹, allora preliminarmente alla domanda «Dove va la spesa?» è un'altra domanda: «Quale spesa?». Quella potenziale, che si realizzerebbe se la domanda potesse sempre essere soddisfatta al meglio, sia in quantità che in qualità? O quella che già sconta interventi di stabilizzazione e di riconduzione all'interno dei vincoli di bilancio? La differenza è sostanziale, perché il trade-off cui andiamo incontro, tra coverage e qualità/innovatività delle prestazioni da un lato e sostenibilità finanziaria dall'altro, lo si coglie nella sua reale portata solo con riferimento alla spesa potenziale; mentre proiezioni che sottintendono azioni contenitive di policy ridimensionano quel trade-off senza, nel contempo, dar conto della praticabilità delle azioni di stabilizzazione negli anni a venire.

Se quel che serve è la proiezione di una grandezza che testimoni quanto la crescita fisiologica della spesa sanitaria possa entrare in contrasto con la disponibilità di risorse, allora è necessario guardare al potenziale, perché sarà su quello che si dovrà misurare in futuro la capacità di governance.

In questa prospettiva, la modellistica come quella utilizzata da Ecofin e da Ocse¹², spesso criticata per la semplicità/schematicità di struttura e per il ricorso alla calibrazione dei parametri (a cominciare da quello dell'elasticità della domanda), ha un aspetto positivo rispetto ai modelli econometrici con parametri stimati endogenamente: mentre questi ultimi rischiano di scaricare sulla stima dei parametri l'azione storicamente svolta dalla policy, creando inevitabilmente confusione tra dinamica potenziale e dinamica (già) governata della spesa futura, soluzioni alla Ecofin-Ocse permettono di utilizzare per i parametri dei valori di lungo periodo frutto di analisi cross-country, in grado di gettare luce sulla parte più strutturale dei legami, al di là di quanto possa emergere all'interno delle singole «stagioni» di policy che caratterizzano i singoli Paesi.

Quando applicati al tema specifico delle proiezioni di lungo termine della spesa sanitaria, la modellistica econometrica si scontra spesso con critiche «à la Lucas»¹³.

6. Le proiezioni di spesa e la «critica di Lucas»

Negli anni Settanta, l'economista Robert Emerson Lucas sviluppò il concetto che poi da lui prese il nome divenendo la «critica di Lucas». In *Econometric policy evaluation: a critique* (1975), Lucas mise per la prima volta in evidenza la rilevanza delle reazioni degli agenti economici ai comportamenti e alle scelte

del policy maker. Continuare ad ignorare queste reazioni avrebbe, inevitabilmente, causato errori sistematici nelle valutazioni di impatto delle opzioni di politica economica.

L'intuizione è alla base del filone delle aspettative razionali e ultrarazionali, che hanno trovato applicazione in tanta modellistica di politica fiscale e monetaria. Questa stessa intuizione ha anche "mandato in soffitta" tutta una econometria di prima maniera che, trascurando completamente l'endogenità dei parametri di reazione alla policy, aveva immaginato di poterli stimare una volta per tutte, per poi applicarli a vari scenari in esercizi di statica comparata.

Ma che cosa ha a che fare la critica di Lucas con la sanità? Resta un punto di riferimento da non perdere nel dibattito, in corso, su quali siano le metodologie più corrette per proiettare gli andamenti di spesa a medio-lungo. Vediamo perché.

Come si è visto, dai modelli di proiezione ad oggi disponibili (nazionali ed internazionali) deriva un range per la variazione di incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica tanto ampio da rimanere sostanzialmente indeterminato: nei prossimi cinquant'anni, alcune fonti come Ocse ed Ecofin (lo scenario «tecnologico») segnalano il raddoppio o più che raddoppio, per giunta senza inversione di tendenza, per tutti i Paesi ad economie e welfare sviluppati; altre fonti, come il capitolo di sostenibilità di lungo termine del Programma di Stabilità (che mutua con alcune modifiche lo scenario Awg-reference di Ecofin), riportano una crescita meno sostenuta ma pur sempre significativa e senza inversione di tendenza (per l'Italia +2 p.p. circa). In particolare per l'Italia, esistono altre fonti ancora (centri studi pubblici e privati) che vedono l'incidenza arrivare, dopo una fase di forte crescita, a stabilizzarsi tra il 2030 e il 2035, per poi cominciare a ridursi (secondo un profilo a gobba che richiama, a livello qualitativo, quello dell'incidenza della spesa pensionistica trainato dagli andamenti demografici).

Come orientarsi in questo labirinto di proiezioni? Il punto di partenza è la domanda sollevata al paragrafo precedente: di che cosa si è alla ricerca? della dinamica potenziale della spesa, oppure di quella che già sconta interventi di contenimento e stabilizzazione? Se le proiezioni già scontano non meglio precisate azioni di policy, da un lato l'urgenza dell'agenda ne risulta falsata e, dall'altro, si dà per scontata la praticabilità di quelle stesse azioni, cosa che, invece, potrebbe essere tutta da verificare, sia sul piano tecnico che su quello politico.

In particolare, la condizione di «a parità di normativa corrente» alla base di tutte le proiezioni appare ineludibile (al più si possono includere gli effetti di riforme già approvate e in corso di attuazione); ma, all'interno di questa cornice, non si può non considerare il potenziale di spesa che potrebbe sorgere per quegli stessi ambiti di prestazione oggi coperti (in Italia, i livelli essenziali sanitari e socio-sanitari), per i quali potrebbe aumentare la platea di beneficiari e, soprattutto, potrebbero sopraggiungere nuove tecnologie/tecniche di intervento.

Esempi significativi sono:

- l'ampliarsi dei destinatari delle prestazioni di assistenza continuata per non autosufficienza, di pari passo con l'invecchiamento della popolazione e con l'evolversi di grandezze economiche come il tasso di attività e di occupazione femminile (in Italia è un livello essenziale, ancorché lungi dalla realizzazione, cfr. Legge n. 328 del 2000, Dpcm del 14 Febbraio 2001, Dpcm del 29 Novembre 2001);
- l'elasticità della domanda al Pil che, come si è già detto, dal Dopoguerra si è attestata a livelli significativamente superiori all'unità su orizzonti temporali medio-lunghi e in tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati;
- l'ampliarsi del basket delle prestazioni rientranti negli ambiti di intervento oggi coperti, come conseguenza dell'avanzamento scientifico-tecnologico (si pensi alle terapie biotecnologie e personalizzate, alle cure contro il cancro, la sclerosi multipla, etc.).

Nei modelli di proiezione basati sui profili di spesa per sesso-età, come quello Ocse e quello Ecofin, il potenziale di crescita è affidato al ricorso, nella scelta dei parametri con cui fare evolvere quegli stessi profili, di un tasso di crescita della spesa con un significativo spread rispetto al tasso di crescita del Pil, e di tassi di formal care per l'assistenza ai non autosufficienti coerenti con gli scenari evolutivi dell'attività e dell'occupazione femminile. A queste ipotesi si aggiunge quella che i tassi di inabilità/invalidità abbiano una duplice dinamica: in diminuzione su orizzonti di medio breve, per tener conto del continuo miglioramento della salute; ma in aumento su orizzonti di medio-lungo, per tener conto dell'emersione di domanda inespressa, di pari passo sia con le possibilità aperte dalle nuove tecniche/tecnologie, sia dell'evoluzione stessa del concetto di activities of daily living.

In questo senso, appare riduttivo definire meramente contabile questa famiglia di modelli, perché essi necessitano di ipotesi sulla dinamica, e la calibrazione dei loro parametri avviene con la finalità di soddisfare delle relazioni di coerenza interna macro e microeconomica. Ovviamente, il lungo orizzonte temporale cui sono applicati e la loro struttura semplice ci obbligano ad utilizzarli consapevoli che

possono soltanto fornire indicazioni sull'ordine di grandezza delle pressioni che giungeranno dalla spesa sanitaria sui conti pubblici, e non certo previsioni puntuali. E a questo proposito, non si può non sottolineare come, se i più forti driver di spesa che Ocse ed Ecofin distribuiscono in scenari diversi, fossero compresenti e interagissero sotto un unico scenario (situazione che non è possibile escludere a priori), l'ordine di grandezza delle proiezioni di spesa diverrebbe di gran lunga superiore al raddoppio dell'incidenza sul Pil.

Ma torniamo alla critica di Lucas. La modellistica che più facilmente riporta la stabilizzazione di lungo periodo della spesa e, addirittura, la sua riduzione in termini di Pil dopo una fase di picco, è modellistica econometrica. Si tratta, a grandi linee, di modelli che stimano i coefficienti di impatto di set di variabili esplicative sull'arco degli ultimi 30-40 anni, per poi utilizzare questi coefficienti per proiettare l'impatto delle stesse variabili esplicative nel futuro remoto. È sicuramente una modellista più sofisticata e tecnicamente più evoluta rispetto alla famiglia dei modelli calibrati ma, nello specifico delle proiezioni di lungo termine, questa maggior raffinatezza può essere un'arma a doppio taglio. La stima dei coefficienti di impatto, infatti, rimane inevitabilmente «sporcata» dalla policy, soprattutto nei casi di Paesi, come l'Italia, che hanno attraversato stagioni di esplicita forte compressione di spesa sanitaria per ragioni di bilancio. Anche l'inserimento di dummy che segnalino, anno per anno, l'adozione di interventi normativi settoriali difficilmente può essere una soluzione, perché non si riesce a tener conto del controvalore delle misure e della domanda troncata (oltretutto da considerarsi sia nella dimensione della quantità che della qualità).

Se Lucas ha messo in guardia dall'utilizzare coefficienti di impatto delle policy che ignorassero le reazioni degli agenti economici, per la stessa ragione è necessario prestare attenzione quando si utilizzano coefficienti di impatto di variabili esplicative della spesa sanitaria stimate sui dati storici. Questi coefficienti, infatti, danno per scontato che le azioni di policy condotte nel passato siano replicabili tout court nel lungo periodo, senza tener conto dei mutamenti nella demografia, nella società, nel mercato del lavoro, nella disponibilità di terapie e trattamenti, nella posizione relativa tra Paesi per quanto riguarda l'offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, etc.. Paradossalmente, proprio questa ipotesi, che almeno a prima vista sembrerebbe di neutralità («senza modifiche normative» o condizioni similari), realizza, invece, uno scenario di proiezione niente affatto neutrale. Ben lungi dall'essere una condizione di *ceteris paribus*, si impone così una prospettiva in cui le scelte più o meno recenti di policy potranno essere replicate nel lungo periodo, continuando a produrre gli effetti già riscontrati, senza scontrarsi con ostacoli e vincoli nuovi.

Su questo punto specifico, l'errore sembrerebbe risiedere nella interpretazione della condizione di «a parità di ...» sotto la quale svolgere le proiezioni. Un conto è mantenere i riferimenti correnti al perimetro delle prestazioni e alle regole di accesso alle stesse; questi riferimenti sono indispensabili per la stessa caratterizzazione del sistema sanitario di cui si vuol proiettare l'andamento. Altro conto, invece, è introdurre ipotesi che vanno ad influenzare direttamente le performance finanziarie (in primis, l'ipotesi sull'elasticità al Pil/reddito). Esempio ne sia il fatto che in Italia la forte compressione di spesa sanitaria durante la prima metà degli anni Novanta si è svolta senza nessuna modifica né del perimetro delle prestazioni Ssn né delle regole di accesso: l'offerta Ssn è rimasta formalmente onnicomprensiva e con prestazioni erogate secondo universalismo assoluto, ma nella realtà le file d'attesa sono aumentate, la qualità è caduta, le Asl e le Ao hanno cominciato ad accumulare posizioni debitorie esplicite e nascoste, etc.. Utilizzare coefficienti stimati su dati storici appartenenti anche a stagioni in cui le scelte finanziarie hanno condizionato in maniera pesante il sistema sanitario senza che emergesse il disegno di nuovo equilibrio strutturale significa, di fatto, ipotizzare che in futuro possano essere prolungate sine die le tensioni, economiche e sociali, che si accumulano quando tra offerta teorica di prestazioni e risorse disponibili per realizzarle la forbice è ampia e in divaricazione.

Se davvero si vuole che le proiezioni di medio-lungo termine della spesa sanitaria (come di altri capitoli) possano passare indicazioni utili al policy maker, è necessario interrogarsi su come queste effettivamente riescano a cogliere l'evoluzione potenziale e a descrivere le tensioni attese per i vincoli di bilancio e per le compatibilità e le proporzioni economiche e sociali (a livello micro e macro). In questa prospettiva, la modellistica econometrica è esposta al rischio di un sistematico backward-looking, la cui correzione è difficile perché, soprattutto in sanità e su orizzonti pluridecennali, è difficile l'inserimento di variabili di controllo per tener conto della domanda inespressa/troncata e della qualità, o delle tensioni che possono nascere dai differenziali di assistenza sanitaria tra Regioni/Paesi, o della spesa che può nascondersi nell'accumulazione di posizioni debitorie sommerse (di cui spesso è persino difficile trovare traccia nella contabilità).

Un modello econometrico con un ottimo fitting della spesa storica italiana dagli inizi degli anni Novanta ad oggi potrebbe, paradossalmente, proprio per questa «qualità» essere inadatto in sede di proiezione, inadatto a dare indicazioni sulla dinamica prospettica di lungo periodo. A meno che non sia corredato da variabili di controllo che diano sufficiente garanzia di isolare i coefficienti di impatto delle variabili esplicative dalle interferenze di policy, un modello di questo genere implicitamente ribalterebbe nel futuro remoto le scelte di policy effettuate nel passato, dandone per scontato sia la praticabilità che la

replicabilità degli effetti (quella critica à la Lucas citata all'inizio). Ma il punto è proprio questo: in che misura siamo in grado di controllare per fenomeni complessi e multidimensionali come quelli prima citati?

Senza voler eccedere nel discutere di difetti e pregi di questa e quella modellistica alle quali si sta chiedendo, tra l'altro, qualcosa di estremamente complesso in sé (descrivere gli andamenti a cinquant'anni di voci di spesa importanti e politicamente e socialmente sensibili come quella sanitaria), da queste considerazioni deriva una chiara sollecitazione a non sottovalutare l'approccio calibrato e, soprattutto, a non nutrire sospetti nei suoi confronti per il fatto che sono i modelli calibrati a riportare gli ordini di grandezza più macroscopici sulla dinamica della spesa sanitaria rispetto al Pil: come si è visto (Ecofin, Ocse, Fmi), per tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati il raddoppio o il più che raddoppio al 2050-2060 senza accenni di inversione di tendenza. Se si guarda al panorama internazionale (paragrafo 1.), negli ultimi cinquant'anni l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil è aumentata di multipli sino a sette/otto volte. Non può apparire così strano che nei prossimi 50 anni la dinamica di spesa vada almeno verso un raddoppio dell'incidenza sul Pil.

11 Ricadono in questo legame l'effetto diretto della crescita del Pil, quello che matura sul lato domanda come aumento della richiesta di prestazioni e, tra queste, di prestazioni innovative, e quello che matura sul lato dell'offerta come messa a disposizione di tecnologie e tecniche innovative e di prestazioni professionalizzate.

12 Basata su estrapolazione di profili di spesa pro-capite per fasce di età-sesso.
13 Nel caso dell'Italia, per esempio, la forte compressione di spesa condotta durante tutti gli anni Novanta ha sicuramente introdotto una divaricazione tra dinamica potenziale e dinamica contabilizzata nei documenti economici ufficiali, che si è spesso tradotta in allungamento delle file d'attesa, cadute della qualità, stasi dei progetti di adeguamento infrastrutturale, indebitamento sommerso delle Asl e delle Regioni. Su questo punto, ulteriori argomentazioni sono rinvenibili in N.C. Salerno, La critica di Lucas e le proiezioni della spesa sanitaria, in www.crusoe.it, 7 Aprile 2010.

7. Dalle proiezioni di spesa sanitaria all'equilibrio socio-economico

Ricapitolando, le proiezioni Ecofin-Ocse-Fmi suggeriscono che nel lungo periodo, senza interventi correttivi di policy, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil possa arrivare a raddoppiarsi o più che raddoppiarsi. È né più né meno probabile che in futuro si ripeta quanto già accaduto dal 1960 ad oggi, con aumenti straordinari (multipli) di quell'incidenza. È rispetto a questi ordini di grandezza che la governance è chiamata, oggi, a progettare per tempo delle soluzioni.

Una simile dinamica potenziale non è sostenibile. Bastano pochi esempi per rendersene conto. In Italia, per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al livello attuale, nel 2050 il coverage dovrebbe ridursi dall'attuale 75 per cento circa al 50 per cento se si fa riferimento allo scenario centrale di Awg-Ecofin, oppure significativamente al di sotto del 50 per cento se si fa riferimento allo scenario a più intensa crescita tracciato dall'Ocse. Si manifesterebbero problemi sia per la copertura dei livelli essenziali di assistenza sia, a maggior ragione, per l'inclusione dell'innovazione nei livelli essenziali.

Se le proiezioni sono quelle Ocse o dello scenario «tecnologico» di Awg-Ecofin, per ricondurre il debito pubblico italiano al 60 per cento del Pil nel 2050, sarebbe necessario un profilo di avanzi di bilancio continuamente crescente sino a superare il 10 per cento del Pil, con conseguente totale «ingessamento» della politica annuale di bilancio¹⁴.

Oggi, in Italia, ogni persona attiva finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata agli ultrasessantacinquenni con risorse equivalenti ad oltre il 31 per cento del Pil pro-capite. Al 2050, questo valore sarà del 42,2 per cento se si considerano le proiezioni per pensioni e sanità dello scenario centrale di Awg-Ecofin; e del 48,6 per cento se le proiezioni della sanitaria sono quelle dello scenario a più intensa crescita dell'Ocse¹⁵. L'incremento dei ratios al 2050 deriverà soprattutto dalla sanità, come testimonia il dato che emerge se le proiezioni sanitarie Awg-Ecofin (scenario Awg-reference) sono sostituite con quelle Ocse. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente 25,2, 38,3 e 45%¹⁶.

Oggi, in Italia, ogni persona occupata finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata agli ultrasessantacinquenni con risorse equivalenti ad oltre il 52,6 per cento del Pil pro-capite. Al 2050, questo valore sarà del 62,3 per cento se si considerano le proiezioni per pensioni e sanità dello scenario centrale di Awg-Ecofin; e del 71,5 per cento se le proiezioni della sanitaria sono quelle dello scenario a più intensa crescita dell'Ocse. Nella media Ue-15, i tre valori sono rispettivamente 36,2, 51,5 e 60,4 per cento. I sistemi di finanziamento monopillar pay-as-you-go pubblici, che contraddistinguono quasi tutti i Paesi europei, reggeranno a cambiamenti di questa entità?¹⁷

Se la dinamica della spesa si posizionasse anche solo in una situazione intermedia tra lo scenario centrale di Awg-Ecofin e quello a più intensa crescita dell'Ocse, in Italia nel 2050 l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil arriverebbe ad approssimare quella della spesa pensionistica pubblica (nel lungo periodo stabilizzata al 14 per cento). Quale spazio rimarrebbe per finanziare gli altri istituti di welfare? Questa domanda non può rimanere senza risposta, tenuto conto che la diversificazione degli istituti di welfare

(per famiglia, minori, povertà, accesso alla casa, education, mercato del lavoro, etc.) ha effetti positivi sia sullo stato di salute (fisica e mentale) che sullo sviluppo economico, e con ciò rientra a pieno titolo nelle azioni di policy su cui puntare per governare il trade-off tra esigenze di spesa sanitaria e disponibilità di risorse. E tenuto altresì conto che gli istituti di welfare a finalità redistributiva-assicurativa non possono fare a meno del finanziamento a ripartizione, oggi in Italia esaurito dai due monopillar pubblici delle pensioni e della sanità.

8. Le ragioni del multipillar in sanità

Dopo la prima domanda, «Dinamica potenziale o dinamica già corretta dalla policy?», a cui si sono proposte argomentazioni in risposta nei paragrafi 4. e 5., il paragrafo 6. ne ha aggiunto una seconda: «Reggerà il finanziamento a ripartizione?». Se non si inseriranno quote ad accumulazione reale nella predisposizione delle risorse con cui fronteggiare i fabbisogni futuri, la pressione sui redditi (da lavoro e non) anno per anno prodotti diventerà esorbitante, con probabili effetti distorsivi e depressivi sull'attività economica, che si abbineranno ad effetti di razionamento delle prestazioni dovuti, questi ultimi, alla difficoltà delle risorse disponibili a tenere il passo del fabbisogno potenziale. Ma sarà solo il pay-as-you-go dei sistemi pubblici ad essere posto sotto pressione?

8.1 La ripartizione nei sistemi pubblici universalistici

I sistemi sanitari pubblici universalistici à la Beveridge (come l'italiano Ssn) si basano sul finanziamento a ripartizione o pay-as-you-go (tramite la fiscalità generale). Già ora non vale più il cosiddetto «teorema di Aaron» che, nelle fasi demografiche di espansione, identifica la ripartizione come il meccanismo più efficiente sia per spostare risorse nel tempo (le pensioni) sia per finanziare prestazioni sanitarie per l'intera cittadinanza. Negli anni '60 e '70, quando quel teorema trovava riscontro nella demografia, con un contributo relativamente contenuto e poco distorsivo a carico di tutti i redditi si potevano reperire risorse adeguate. In prospettiva, quel contributo dovrà aumentare sino a toccare soglie insostenibili, con effetti depressivi sul mercato del lavoro, sugli investimenti e sulla produttività. Sistemi a prevalente finanziamento a ripartizione dovranno necessariamente ristrutturarsi, e la soluzione non potrà limitarsi a restringere il perimetro delle prestazioni fornite oppure ad aumentare la compartecipazione dei cittadini ai costi (per le proporzioni in cui si manifesteranno le pressioni della spesa, sarebbero due non-soluzioni).

8.2 La mutualità nei sistemi pubblici categoriali

La criticità appena descritta abbraccia anche i sistemi pubblici à la Bismarck, basati sulla mutualità obbligatoria interna a comparti, settori, categorie. Per tenere il passo della spesa, i contributi a carico degli iscritti e dei loro datori di lavoro dovranno necessariamente aumentare riproducendo quella stessa pressione sugli occupati che, nei sistemi universalistici, passa per la via fiscale. C'è da dire, inoltre, che le differenze tra sistemi beveridgiani e bismarckiani, nette sino a tutta la metà del Novecento, si sono poi ridotte notevolmente quando i bismarckiani hanno mano mano esteso, sempre con logica categoriale, la copertura della platea degli occupati. L'affidarsi alla fiscalità generale, piuttosto che a contribuzioni specifiche levate per comparti/settori/categorie, non crea di per sé diverse capacità di fronteggiare una dinamica di spesa così intensa, soprattutto quando entrambi i sistemi si prefiggono obiettivi di ampia copertura sia in termini di beneficiari che di prestazioni. In entrambi i casi, la necessità di reperire risorse crescenti si trasforma in una pressione sempre più alta sui redditi che il sistema economico genera anno per anno.

8.3 La mutualità privata

In effetti, la mutualità categoriale obbligatoria nei sistemi bismarckiani altro non fa che applicare il finanziamento a ripartizione, anno per anno, non sul complesso dei redditi, ma sui singoli sottogruppi di redditi individuati a seconda di comparto/settore/categoria. L'insostenibilità della ripartizione, quando utilizzata come criterio esclusivo di finanziamento, si estende tout court anche ai sistemi bismarckiani. E per la stessa ragione arriva a coinvolgere anche le forme di mutualità privata (come le nostre società di mutuo soccorso), con cui gruppi di persone scelgono volontariamente di mettere in comune delle risorse per fare risk sharing. Di fronte a dinamiche di spesa così intense, le organizzazioni di mutualità privata saranno costrette o ad aumentare significativamente i contributi dei partecipanti (anche a titolo di compartecipazione ai costi), o a restringere il novero delle prestazioni, oppure a selezionare (screaming) in maniera più stringente i partecipanti all'ingresso (rimedio in contrasto con la definizione stessa di mutualità). Non è un caso che, scostandosi dallo spirito originario con cui sono sorte nell'Ottocento, molte società di mutuo soccorso oggi si rivolgano esclusivamente alle fasce dei quadri e dei dirigenti. Fintantoché la mutualità privata si affida, per il finanziamento, ad una ripartizione della spesa sui propri iscritti, emergono le stesse criticità evidenziate per i sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani, con una aggravante: quando la ripartizione si svolge su gruppi piccoli, essa rimane statisticamente più esposta sia all'assottigliarsi del numero degli aderenti in età attiva e contributiva, sia all'aumentare della frequenza e del costo medio delle richieste di prestazioni (la ripartizione delle spese trova le condizioni ideali di funzionamento sui grandi numeri). Se nei prossimi anni il remix di finanziamento della sanità dovesse

avvenire con trasferimento di quote dal carico dei sistemi pubblici alla mutualità privata, si rimarrebbe, in realtà, sempre all'interno del criterio a ripartizione, senza superarne le difficoltà strutturali.

8.4 L'assicurazione privata

Non è immune da criticità anche la copertura assicurativa privata, cui spesso in Italia le organizzazioni di mutuo soccorso ricorrono svolgendo funzioni "passacarte". La logica assicurativa differisce da quella della mutualità per le modalità con cui contribuzioni e prestazioni attese sono poste in connessione tra di loro: la mutualità non ricerca un proporzionamento specifico tra contributi e prestazioni attese (normalmente, si erogano prestazioni sino ad esaurimento delle risorse anno per anno); al contrario, nella copertura assicurativa questa connessione è centrale, e i premi da corrispondere sono dimensionati a seconda delle caratteristiche del singolo (polizza individuale) o di quelle medie della platea (polizza collettiva), oltre che delle tipologie di prestazioni assicurate. A parte questa distinzione (che è comunque sostanziale dal punto di vista dei rapporti con gli iscritti), le assicurazioni gestiscono la loro esposizione finanziaria facendo pooling dei profili di contribuzione/rischio dei loro sottoscrittori (a fronte del pagamento dei premi da parte di tutti, non tutti incorreranno contemporaneamente negli eventi avversi), e mantenendo una base di riserve matematiche investite sui mercati. La proporzione tra pooling e risorse investite è cruciale. Quanto più la copertura assume la forma assicurativa pura (tutto o prevalentemente pooling), tanto più si ricade nelle stesse criticità del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici, con premi destinati ad aumentare per tenere il passo della spesa sanitaria, assieme alle compartecipazioni e allo screaming. Il pooling assicurativo riproduce, in ambito privatistico e su platee più ristrette, il meccanismo della ripartizione nei sistemi pubblici, con l'aggravante, da un punto di vista della sostenibilità sociale, che gli aumenti dei premi possono variare a seconda delle caratteristiche sanitarie soggettive (la differenza rispetto alla mutualità volontaria). È qualcosa cui si sta già assistendo negli Stati Uniti (il Paese in cui la copertura assicurativa è più diffusa), dove i premi delle assicurazioni sanitarie hanno fatto registrare, negli ultimi anni, una dinamica a doppia cifra, inducendo l'Amministrazione "Obama" a parlare apertamente di insostenibilità del sistema (è del 22 Febbraio 2010 l'Health Insurance Industry Fair Competition Act, H. R. n. 4626).

8.5 La convergenza dei modelli: ma verso dove? Verso multipillar con quote di accumulazione reale

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria, esiste una soluzione? Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, etc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenterà di far fronte utilizzando quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, l'effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva. All'interno dei sistemi pubblici obbligatori tale pressione, evitabile solo nella misura in cui si restringano le prestazioni, porterà con sé effetti distorsivi e depressivi. All'interno dei sistemi privati, è probabile che la pressione crescente si traduca anche in una rinuncia alla copertura, con conseguenze che potrebbero generare maggior spesa in futuro (per la minore attenzione alle cure e l'aggravarsi delle condizioni di salute) e pressioni su altri capitoli del welfare system. Fintantoché il finanziamento sarà ricercato esclusivamente/prevalentemente nella ripartizione (i sistemi pubblici), nella mutualità diretta tra gruppi e nel pooling assicurativo (i sistemi privati), o in pagamenti diretti dei cittadini, trasferimenti di quote delle prestazioni e della domanda dal pubblico al privato e viceversa non incideranno sulla capacità sistemica di governare le tendenze di spesa. Eppure, apparentemente è proprio questa la tendenza in atto: da una parte, gli Stati Uniti, con il programma "Obama", si stanno muovendo verso una estensione della copertura pubblica finanziata a ripartizione per sopperire all'insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private; dall'altra parte, in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani che richiamano l'esigenza di rafforzare la copertura complementare privata (in Italia, i recenti decreti "Turco" e "Sacconi" hanno riproposto il dibattito sullo sviluppo dei fondi sanitari integrativi del Ssn¹⁸). In questa convergenza transatlantica verso un sistema sanitario multipilastro maggiormente equilibrato nelle componenti pubbliche e private manca, per adesso, una caratteristica essenziale per ovviare alle criticità del finanziamento basato su ripartizione / mutualità / pooling assicurativo e sovraccarico sui redditi prodotti anno per anno: il finanziamento tramite i frutti di programmi di investimento di lungo termine sui mercati. Laddove i criteri di finanziamento oggi prevalenti utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita. Ovviamente l'accumulazione non è una panacea; le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter

e inter generazionale e alle finalità redistributive¹⁹) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita). Inoltre, un eccesso di accumulazione reale esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento²⁰). Queste considerazioni, qui ripercorse in sintesi, lasciano intendere come uno degli aspetti più importanti di quel "territorio di mezzo", verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento, in un mix che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi. Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarità con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa e, progressivamente nel tempo, coordinata a livello internazionale²¹.

14 Cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *La sanità in Italia – Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Bologna, il Mulino – Arel, 2008. Gli avanzi sono quelli complessivi di bilancio. La previsione di spesa è essenziale per verificare quale avanzo di bilancio è necessario per ottenere un prefissato target di debito pubblico (in % Pil). Se una voce di spesa aumenta in percentuale del Pil, di pari passo si dovranno correggere o le entrate (in aumento) o le altre spese (in diminuzione), a parità di target che si desidera raggiungere. La dinamica delle entrate e delle uscite definisce la dinamica del saldo di bilancio. Nell'esercizio condotto, le ipotesi macroeconomiche (evoluzione del Pil, tasso di interesse sul debito, evoluzione delle altre voci di spesa collegate e non collegate all'età) sono mutate dal Programma di Stabilità dell'Italia del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

15 L'esercizio è descritto in dettaglio in F. Pammolli e N.C. Salerno, *Spesa sanitaria: quali ipotesi per quali proiezioni?* Ecofin e Ocse a confronto, cit.. La spesa per ultra 65enni è rapportata agli attivi (o agli occupati in altro scenario pure sviluppato), mentre come grandezza di scala si utilizza il Pil pro-capite su tutti i residenti. Con il rapporto tra, da un lato, la spesa sopportata da ogni attivo a titolo di ripartizione (pay-as-you-go) e, dall'altro, il Pil per cittadino residente, si intende cogliere quale percentuale del Pil di cui mediamente dispone un cittadino attivo/occupato andrà a servizio della ripartizione. Un ordine di grandezza che aiuta ad interrogarsi sulla sostenibilità di un meccanismo di finanziamento affidato quasi esclusivamente alla ripartizione e dei flussi di redistribuzione che esso formalmente attiva tra individui e tra generazioni. Sono i flussi formali di redistribuzione che rilevano ai fini della valutazione degli effetti distorsivi che possono diffondersi sul mercato del lavoro (offerta e domanda) e sulle scelte di investimento. Ipotesi che riguardino la condivisione interna ai nuclei familiari delle prestazioni sanitarie e assistenziali (i flussi di redistribuzione informali) non possono essere considerate, perché trascurano le modalità con cui le risorse si formano nel sistema economico e sono allocate. Nel citato lavoro di Pammolli e Salerno i calcoli sono descritti integralmente.

16 Molto interessante, su questo punto, un confronto con la contabilità intergenerazionale descritta per gli Usa in L.J. Kotlikoff, *The Healthcare Fix – Universal Insurance for All Americans*, 2007, The MIT Press. Ne emerge come l'Europa, e in particolare l'Italia, si trovino oggi a vivere sproporzioni che gli Usa paventano di raggiungere tra quindici/venti anni. Per inciso, il volume contiene numerosi spunti per valutare i vincoli finanziari con cui dovrà misurarsi la sanità pubblica Usa dopo che la recente riforma «Obama» ne ha esteso il coverage.

17 Sono coinvolti tutti, sia sistemi à la Bismarck che sistemi à la Beveridge. Variazioni significative (tra i 10 e i 20 punti percentuali) del carico sugli attivi e sugli occupati si realizzeranno, a policy invariata, anche per Paesi, come la Francia, la Germania e la Svezia, che sinora hanno «convissuto» bene, e sicuramente meglio dell'Italia, con elevati cunei contributivi sui redditi da lavoro.

18 Cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *L'integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e della cura alla persona*, Quaderno Cerm, n. 3-2010, liberamente disponibile sul sito www.cermlab.it

19 Quantunque obiettivi redistributivi possono essere veicolati anche dal pilastro privato, previa un opportuno disegno delle agevolazioni fiscali (detraibilità vs. deducibilità), un coordinamento completo e organico con il pilastro di base universale e selettivo, e regole di funzionamento che favoriscano la copertura assicurativa collettiva dei rischi maggiori (come la Ltc).

20 Esiste un rischio di overreliance sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di overreliance sulla ripartizione.

21 Cfr. F. Pammolli e N.C. Salerno, *L'integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e della cura alla persona*, cit.. Qui si descrivono i termini di una proposta di un nuovo strumento, il fondo welfare, che può permettere l'introduzione di quote di accumulazione reale nel finanziamento delle prestazioni sanitarie, farmaceutiche e di assistenza alla persona. Si tratta di un fondo in cui i contributi degli aderenti si accumulano in capitalizzazione reale grazie ad una gestione di portafoglio sui mercati internazionali. I frutti dell'investimento possono essere utilizzati: per coprire le spese di prestazioni non finanziate dal pubblico (extra Lea nella terminologia italiana); per coprire le spese di compartecipazione del privato ai costi delle prestazioni finanziate dal pubblico (nella prospettiva di un sistema pubblico sempre più universale e selettivo); per pagare, anno per anno, i premi di assicurazioni collettive per la copertura delle prestazioni più costose (che non fossero ricomprese nei livelli essenziali), e delle prestazioni di assistenza continuativa per invalidità/inabilità (Ltc). Il montante netto maturato alla fine del programma di investimento a fruibile dal cittadino investitore nella forma di una rendita pensionistica di complemento alla pensione pubblica di base. Le caratteristiche peculiari del fondo welfare sono anche sintetizzate in F. Pammolli e N.C. Salerno, *Il pilastro complementare a capitalizzazione: Tredici buona ragioni per i fondi aperti per il welfare*, Nota Cerm n. 3-2008.

9. Conclusioni

Nei prossimi decenni tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati dovranno fronteggiare spese sanitarie fortemente crescenti, con trend potenziali che nel lungo periodo, al 2050-2060, potrebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sul Pil. Così emerge dalle più recenti proiezioni Ecofin, Ocse e Fmi. Non si tratta di casi scolastici di proiezione, dal momento che la dinamica storicamente osservata dal Dopoguerra ad oggi ci ha già posto di fronte ad aumenti di questa proporzione e anche più forti. Alla domanda «Dove va la spesa?», la risposta che appare più responsabile è «è questo l'ordine di grandezza del potenziale di crescita sul Pil», oltre che delle pressioni che potranno giungere alle finanze pubbliche e all'equilibrio socio-economico.

E si deve anche considerare che la dinamica storicamente osservata ingloba gli effetti delle politiche di governo e stabilizzazione della spesa. Corrispondentemente, la dinamica potenziale, sottostante i profili di incidenza della spesa sul Pil dal 1960 ad oggi, è stata addirittura superiore. Se per la spesa effettiva si deve parlare di incidenza sul Pil raddoppiata e, in alcuni casi, aumentata di multipli sino a tre e oltre, per la spesa potenziale l'aumento sarebbe stato molto più intenso. Questo implica, tra l'altro, che si debba prestare molta attenzione nel ricorrere a stime econometriche sui dati storici (spesa pubblica/privata/complessiva e relative variabili esplicative) per ottenere coefficienti utilizzabili in funzione di proiezioni di medio-lungo termine. Esiste una sorta «critica di Lucas» applicabile a questa modellistica, che suggerisce che i coefficienti stimati sullo storico sono sporcati dalla policy e dalla governance e, se utilizzati per proiezioni, darebbero per scontato la replicabilità tout court delle stesse scelte già effettuate in passato, ignorando totalmente che i vincoli e le pressioni di natura economica, politica e sociale saranno diversi e probabilmente con aspetti e proporzioni non ancora sperimentati. In ambito sanitario le politiche di stabilizzazione sono state sempre presenti dal Dopoguerra ad oggi ed anche in maniera più pervasiva che in altri capitoli di spesa, e non è detto che il problema della distorsione della stima possa essere risolto con l'inserimento di dummy che tentino di cogliere le discontinuità istituzionali e legislative-normative.

Di fronte a tali prospettive, le conclusioni di questo scritto non voglio essere negative ed allarmiste. Al contrario, è necessario che il policy maker si attivi subito affinché gli strumenti a disposizione siano all'altezza di governare e bilanciare costantemente il trade-off tra sostenibilità finanziaria e adeguatezza delle prestazioni. Il solo finanziamento a ripartizione non potrà reggere l'impatto; ma non potrà essere risolutivo neppure l'affiancamento di finanziamenti privati che si affidino a soluzioni di pura mutualità o di assicurazione.

Criteri di finanziamento, in ambito pubblico o privato, che si affidino esclusivamente o prevalentemente al concorso, anno per anno, di tutti gli assicurati per finanziare il fabbisogno espresso nello stesso anno, inevitabilmente produrranno effetti distorsivi e depressivi. È impensabile, infatti, che la massa reddituale disponibile anno per anno possa sostenere il confronto con una spesa a finanziare che crescerà a ritmi così forti. E assieme agli effetti distorsivi/depressivi è certo che emergeranno fenomeni di razionamento e restringimento del perimetro delle prestazioni offerte (sia nel pubblico che nel privato), oppure rinunce dei diretti interessati a dotarsi di coperture sanitarie (nel privato)²².

Tutti i Paesi, con sistemi a prevalenza pubblica o privata, e tra i pubblici sia quelli di tradizione bismarckiana che beveridgiana, dovranno affrontare ristrutturazioni profonde nei meccanismi di finanziamento del loro welfare.

Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (pay-as-you-go), a quello privato di mutualità pura, e a quello assicurativo privato (pooling supportato da riserve matematiche), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati (l'accumulazione reale)²³. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta tel quel sia per la sanità che per le pensioni. Finché l'affiancamento del privato al pubblico avviene rimanendo nell'ambito della messa in comune di risorse prodotte anno per anno, per far fronte alle esigenze di coloro che esprimono, in quello stesso anno, richieste di prestazioni, la diversificazione multipillar non è in grado di produrre cambiamenti strutturali. Il fattore, in grado di fare la differenza sul piano strutturale, è l'inserimento di sufficienti quote di accumulazione reale, tramite programmi di investimento reale di lungo termine.

Laddove ripartizione, mutualità e pooling utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea; le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita). Inoltre, un eccesso di accumulazione reale esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento).

Queste considerazioni, qui ripercorse in sintesi, lasciano intendere come uno degli aspetti più importanti di quel "territorio di mezzo", verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento, in un mix che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi. La ripartizione (soprattutto in ambito

pubblico ma anche in ambito privato con la mutualità e il pooling) ha delle prerogative insostituibili, ma i suoi effetti positivi tendono ad essere sopraffatti da quelli negativi, quando la scala di funzionamento supera una certa soglia critica. Uno speculare discorso può esser fatto per l'accumulazione reale. Si deve ricercare il «giusto dosaggio». Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarità con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa e, progressivamente nel tempo, coordinata a livello internazionale.

Dal «giusto dosaggio» delle modalità di finanziamento²⁴ dipenderà anche la possibilità di dare copertura finanziaria agli altri istituti di welfare a carattere redistributivo (famiglia, figli/minori, conciliazione vita-lavoro, accesso/mantenimento casa di abitazione, contrasto povertà, etc.), che non possono prescindere dalla copertura pubblica e dal finanziamento a ripartizione. Se la ripartizione sarà «monopolizzata» dalla sanità, in aggiunta al carico di finanziamento assorbito dalle pensioni, poco o nullo spazio rimarrà per dare copertura agli altri istituti di welfare e agli altri bisogni.

Sostenibilità finanziaria e sostenibilità sociale sono intrinsecamente connesse e passano per il crocevia di un multipillar che, nel mix di finanziamento, abbia una sufficiente quota di accumulazione reale delle risorse. Il «giusto dosaggio» delle modalità di finanziamento sarà un aspetto cruciale delle politiche sanitarie e welfariste dei prossimi anni.

Febbraio 2011

22 Si veda il sintetico ma incisivo, se non addirittura caustico, il commento di Kenneth Rogoff (2007), Better red than dead?, su Project Syndicate (www.project-syndicate.org/commentary/rogoff33/English).

23 Come sinteticamente descritto nel paragrafo 7., i due criteri hanno virtù che si complementano e difetti che si controbilanciano, sia a livello microeconomico (per quanto concerne gli incentivi individuali al lavoro e alla produzione, e la diversificazione del rischio) che a livello macroeconomico (in relazione alla composizione degli investimenti tra nozionali e reali e al sostegno del risparmio di lungo termine).

24 Per il caso italiano, cfr. la ricostruzione normativa e le proposte in F. Pammolli e N.C. Salerno, L'integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e della cura alla persona, cit.. A questo contributo si rimanda anche per una trattazione approfondita sul disegno dello strumento, il fondo welfare, che può permettere l'introduzione di quote di accumulazione reale nel finanziamento delle prestazioni sanitarie, farmaceutiche e di assistenza alla persona. Le caratteristiche peculiari del fondo welfare sono anche sintetizzate in F. Pammolli e N.C. Salerno, Il pilastro complementare a capitalizzazione: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare, Nota Cerm n. 3-2008.

Riferimenti bibliografici

Astrid, "La Sanità in Italia: Organizzazione, Governo, regolazione, Mercato", 2011 (www.cermlab.it/astrid-sanita/Astrid_sanita_INDICE_2011_Gennaio.pdf)

Awg-Ecofin, The impact of ageing populations on public expenditure, 2006

Awg-Ecofin, Ageing Report – 2009 edition, 2009

Blanchard O., C. Cottarelli, Ten Commandments for Fiscal Adjustment in Advanced Economies, Commandment Five, su iMFDirect, 2010 (blog-imfdirect.imf.org/2010/06/24/tencommandments-for-fiscal-adjustment-in-advanced-economies/)

Fmi, Fiscal Monitor, Maggio 2010

Fmi, Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies, Fiscal Affairs Department, Settembre 2010 (www.imf.org/external/pubs/ft/spn/2010/spn1013.pdf)

Kotlikoff L.J., The Healthcare Fix – Universal Insurance for All Americans, The MIT Press, 2007

Lucas R.E., Econometric policy evaluation: a critique, in Brunner, K. e Meltzer, A., The Phillips Curve and Labor Markets, Carnegie-Rochester Conference Series on Public Policy, 1, New York, American Elsevier, pp. 19–46, ISBN 0444110070, 1976 (www.sciencedirect.com/science/article/B6V8D-4MMGM65-3/2/1d8e1da5257a13cbfc986753bd2169c3)

Ocse, Health data, database online, varie edizioni sino a quella del 2009

Ocse, Projecting OECD health care and long term care expenditures: what are the main drivers?, 2006

Rogoff K., Better red than dead?, su Project Syndicate (www.project-syndicate.org/commentary/rogoff33/English), 2007

Barriere e opportunità all'implementazione di politiche di invecchiamento: una prospettiva comparata europea

di Paolo Calza Bini e Silvia Lucciarini | 04 Marzo 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

Abstract

Nel presente lavoro si presentano i principali risultati del progetto "Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe", che ha coinvolto 10 paesi europei. L'analisi delle barriere/opportunità alle politiche di anzianità attiva, elemento cardine del progetto, ha voluto mettere in luce le specificità socio-economiche, politiche, culturali e demografiche di ciascuna realtà territoriale. Sono stati identificati 3 livelli di confronto: territoriale, analizzando sia i singoli paesi che seguendo il classico modello Esping-Andersiano dei regimi di welfare capitalism; tra settori di policies, prendendo in considerazione il mercato del lavoro, la sanità e la previdenza e infine l'impatto sulla normativa delle retoriche sull'invecchiamento attivo e il livello di diffusione e incisività delle pratiche.

1.1 Introduzione

Nel dibattito politico e scientifico il concetto-ombrello di invecchiamento attivo ha manifestato una notevole evoluzione nel corso degli anni, a seconda delle istituzioni internazionali che ne hanno promosso l'implementazione, per poi mostrare oggi un certo avvicinamento di visioni tra i diversi soggetti politici internazionali. Tra gli anni Ottanta e la fine dei Novanta, diversi organismi hanno sottolineato come per la promozione di tali politiche fosse necessario operare primariamente per una modifica del set di riferimenti culturali che rappresentano delle barriere all'idea di over come risorsa. Nella prima metà degli anni Duemila si osserva infatti una convergenza di concezioni dell'invecchiamento attivo tra diversi attori politici internazionali. Alcuni infatti avevano promosso la vita attiva più come inserimento degli over in attività e percorsi di realizzazione e solidarietà sociale al di fuori del mercato del lavoro (es. WHO), altri invece privilegiando la partecipazione all'interno del mercato (OECD, Unione Europea) (D. Avramov, 2009). Attualmente, certamente sollecitati dalle preoccupazioni di ordine finanziario, i diversi policy actors tendono a privilegiare il secondo approccio, e nell'opinione comune l'invecchiamento attivo tende a coincidere col prolungamento dell'attività lavorativa, senza però perdere alcune ricchezze frutto della maturazione del concetto di active ageing da una vasta platea di attori politici chiave.

L'allungamento della vita, pur essendo in sé un evento positivo, possibile grazie al progresso delle conoscenze mediche, scientifiche e tecnologiche, è stato recepito dai governi e dai decisori politici, come evento problematico (soprattutto per le ricadute in termini finanziari e sanitari) più che come opportunità. Gli over nei paesi occidentali come è noto non solo aumentano in senso 'assoluto', ovvero sono numericamente più consistenti che in passato, ma anche in senso 'relativo', ovvero hanno un peso maggiore in termini di incidenza sul totale della popolazione. L'aumento dell'impatto della popolazione anziana, sia in senso assoluto che relativo, è condizionato dall'andamento di altri fenomeni demografici: la dimensioni iniziale delle generazioni, la fecondità, la mortalità e le migrazioni (Crisci, Heins 2005), per cui in ogni paese la configurazione delle componenti demografiche acquisisce pesi, forme e prospettive ben diverse. Eppure ci sono alcuni eventi demografici verificatisi in condizione di contemporaneità nella maggior parte dei paesi europei: una delle sfide che si presenta prossima è infatti quella di gestire, in modo socialmente e economicamente sostenibile, non solo l'aumento della componente anziana, ma l'imminente ingresso nell'età matura dei baby boomers degli anni Sessanta, che incideranno in modo consistente sulla composizione per età della popolazione. Come è noto, la comparazione di best practices a livello internazionale ha mostrato come per implementare politiche di invecchiamento attivo che abbiano una certa efficacia occorre improntarle con un certo anticipo affinché queste riescano ad agire¹ (David P., Perri G.). Si tratta ovvero di mettere in campo politiche di active ageing che coinvolgano la popolazione adulta prima che essa diventi matura.

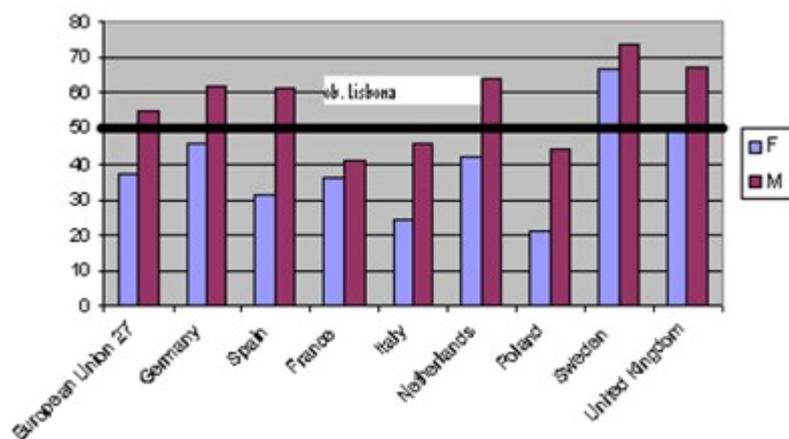
Le politiche di invecchiamento attivo risultano molto composite nella loro ideazione e programmazione, in quanto multidimensionali e complesse, per le quali è necessario mettere in campo modelli di intervento integrato. Nell'alveo di queste considerazioni si è strutturato il progetto Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe, finanziato dalla Comunità europea all'interno del V Programma Quadro, che ha coinvolto un consorzio di 10 paesi². La struttura del progetto, di cui presentiamo i principali risultati di indagine, mira a capire il sistema di barriere/opportunità all'implementazione di politiche di active ageing in tre principali macro settori: mercato del lavoro, salute e sanità e previdenza. L'approccio di tale analisi ha permesso una visione articolata per aree tematiche degli elementi di vincolo e di opportunità, la cui restituzione costituisce il principale oggetto del presente lavoro.

1.2 Mutamenti demografici e evoluzioni del concetto di invecchiamento attivo

E' l'ONU a approntare il primo contributo sistematico al concetto di invecchiamento attivo nel 1982, quando approva il Piano Internazionale di Azione sull'Invecchiamento in occasione dell'Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, dando risalto a un tema per lo più assente nelle agende politiche. In particolare veniva auspicata la messa a punto di strategie a favore degli over e promosso il rafforzamento della formazione continua come azione di contrasto all'obsolescenza delle competenze dei (lavoratori) maturi, per un allungamento della partecipazione al mercato del lavoro (Sidorenko A. 2001). Nel corso della seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento, svoltasi a Madrid nel 2002, il Piano d'Azione approvato rifletteva una concezione dell'invecchiamento più ampia, basata su una strategia partecipativa dell'accesso al sapere, al lavoro, alla vita sociale, culturale e associativa, e soprattutto sulla responsabilizzazione del soggetto e sulla costruzione di percorsi di attivazione personali. L'allargamento del concetto di invecchiamento attivo ha giovato certamente del contributo sviluppato nel corso degli anni Novanta da parte di molteplici organismi internazionali. L'ONU, ha individuato nel 1991 cinque principi da perseguire nelle politiche per gli over (indipendenza, partecipazione, tutela, auto-realizzazione e dignità), e dichiarato il 1999 come anno mondiale delle persone anziane. Nello stesso anno il WHO ha dato una definizione di active ageing come processo di ottimizzazione delle opportunità nella vita sociale, lavorativa, civica, culturale e di promozione del benessere e della salute.

Negli anni Novanta si registra una maggiore attenzione a livello mondiale al ruolo degli over nella società, ampliando gradualmente l'angolo della visuale fino ad arrivare alla promozione di un approccio life-cycle che sostiene una prospettiva olistica del soggetto maturo: persona, cittadino, lavoratore. A questo si aggiunge anche una forte spinta data dalle sempre più rilevanti questioni di sostenibilità economica che le evoluzioni demografiche implicitamente recano con sé, e che portano con forza il tema dell'invecchiamento attivo nelle agende dei decisori politici, sia nella scala sovranazionale che nazionale. La riflessione acquista particolare vivacità in Europa, anche a seguito del percorso di integrazione in atto tra paesi membri, processo che poneva con urgenza la necessità di rispettare comuni vincoli e obiettivi di bilancio. E' nella Comunicazione Verso un'Europa di tutte le età (Com (99) 221) del 1999 che vengono analizzate le conseguenze socio-economiche del progressivo invecchiamento della popolazione, che si saldano con il varo, avvenuto l'anno precedente, della Strategia Europea per l'Occupazione (SEO). Ivi viene sostenuta la necessità di mettere in campo politiche di attivazione nel mercato del lavoro, concentrate prevalentemente sul lato dell'offerta. Vengono infatti promosse politiche che incrementano l'occupabilità dei soggetti e promuovono l'inserimento nel mercato del lavoro come primo elemento di inclusione sociale. Tali obiettivi sono perseguiti nell'Agenda di Lisbona redatta nel 2000, dove vengono fissati dei livelli di partecipazione al lavoro da raggiungere entro il 2010. Come è noto il tasso di occupazione dei lavoratori tra i 55 e i 64 anni che ci si proponeva di raggiungere era del 50%. Se scorriamo le performance dei principali Paesi dell'Ue ci rendiamo conto di quanto tale obiettivo sia ancora lontano. L'analisi per genere, mostra inoltre tassi di partecipazione al lavoro molto diversi tra uomini e donne, con una bassa partecipazione delle seconde, soprattutto nei paesi dell'Europa Mediterranea e dell'Est: le performance migliori sono raggiunte dai paesi nordici e dalla Gran Bretagna (cfr. fig. 1).

Fig. 1- Tasso di occupazione dei lavoratori maturi per genere 2008

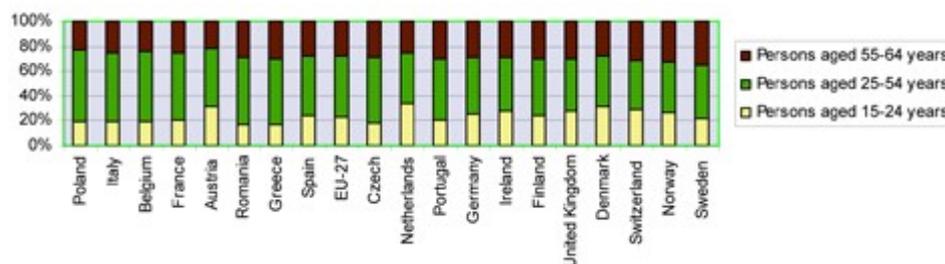


Fonte: NS Elaborazione dati Eurostat (lfsi_emp_a)

E' interessante analizzare il peso che rivestono le diverse componenti (giovane, adulta, matura) sul totale degli occupati: da tale distribuzione si può infatti intuire la presenza di ostacoli all'ingresso del mercato

(per i giovani), di meccanismi espulsione (maturi) e il perdurare di alcuni schemi occupazionali che privilegiano l'inserimento e il mantenimento nel mercato della componente adulta. Osservando la distribuzione per fasce d'età (cfr. fig. 2), rileviamo che per in alcuni paesi sia per i giovani che i maturi si registrano bassi tassi di occupazione (Polonia, Italia, Belgio, Francia, Grecia e Spagna) a fronte di una forte partecipazione delle classi centrali. Altri paesi mostrano invece un quadro occupazionale ben rappresentato nella componente giovane e adulta con una minore partecipazione al lavoro degli over (Austria), mentre altri evidenziano una partecipazione relativamente armonica per classe d'età (Olanda, Inghilterra, Danimarca).

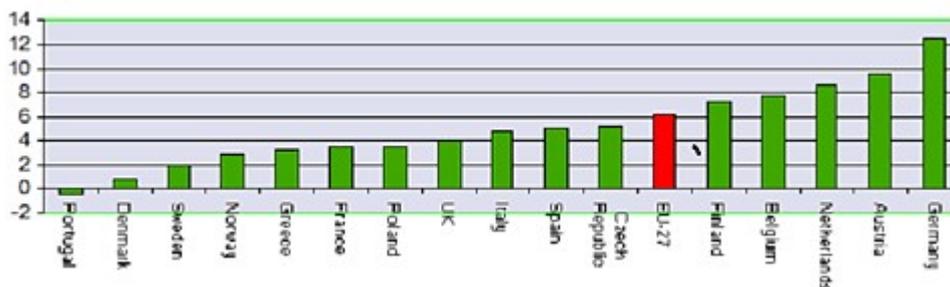
Fig. 2 – Tasso di Occupazione per classi d'età, 2007



Fonte: NS Elaborazione dati Eurostat (lfsi_emp_a)

Occorre naturalmente considerare però oltre al dato di stock, anche la variazione della partecipazione dei lavoratori over al mercato del lavoro. Al di là dei dati statici, che premiano i paesi che hanno sedimentato politiche e performance virtuose, se osserviamo la variazione dei tassi di occupazione dei lavoratori nella classe d'età 55-64 tra il 2002 e il 2007, vediamo come i paesi dove gli occupati maturi sono cresciuti maggiormente sono Germania e Austria, che non emergevano come paesi particolarmente virtuosi nella figura precedente. Si consideri inoltre come hanno diverso significato performance meno positive, come nel caso del Portogallo e della Grecia, dove la partecipazione degli over non raggiunge livelli in partenza medio-alti (fig. 2) né se ne osserva un guadagno significativo nel quinquennio (fig. 3), rispetto ad esempio al basso incremento registrato in Danimarca e Svezia (fig. 3), dove al contrario il dato iniziale rispecchiava un alto livello di inserimento dei maturi nel mercato (fig. 2).

Fig. 3 – Variazione dei tassi di occupazione dei lavoratori 55-64, 2002/2007

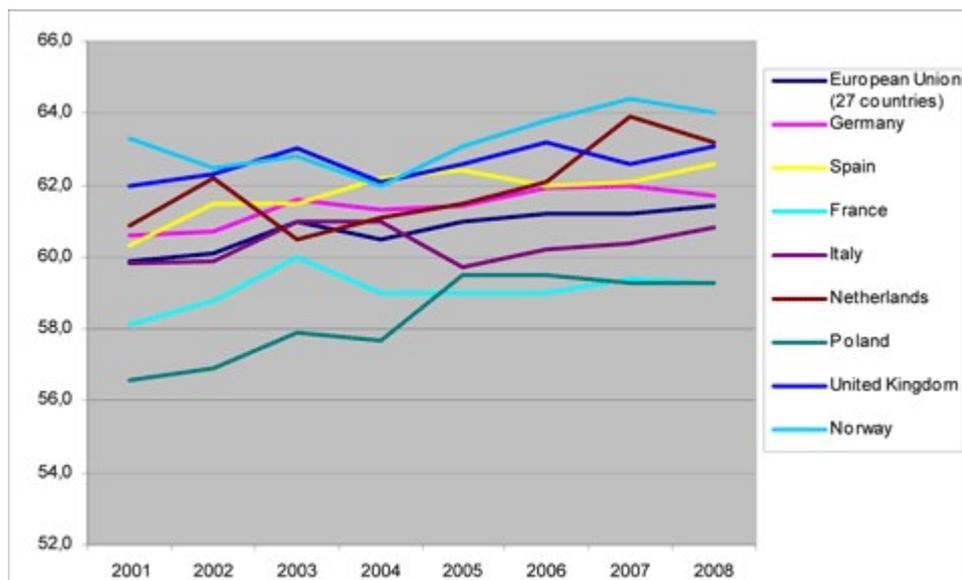


Fonte: NS Elaborazione dati Eurostat (tsiem010 and tsiem020)

Nel dibattito politico-istituzionale si è quindi progressivamente rafforzata l'idea (e la necessità, nonché la possibilità) di allungare l'età lavorativa. Nel corso del Consiglio di Barcellona, nel 2002, venne infatti aggiunto come ulteriore condizione cardine nell'implementazione dell'invecchiamento attivo, quello della qualità del lavoro, accanto a quelli già individuati al Consiglio di Lisbona³, come elemento strategico per determinare il prolungamento dell'attività lavorativa e il rinvio dell'età di pensionamento.

Nella figura 4 sono messe a confronto l'età medie di pensionamento in 8 paesi. L'andamento nel periodo 2001/2008 segnala una forbice piuttosto ristretta di guadagno di anni attivi per ciascun paese. La Norvegia, l'Olanda e la Gran Bretagna risultano avere una età media di pensionamento più elevata degli altri paesi considerati, tra i 63 e i 64 anni, mentre al di sotto della media europea troviamo Italia, Francia e Polonia, tra i 59 e i 61 anni. Si consideri però che la Polonia presenta l'innalzamento più significativo dell'età di ritiro dal lavoro nel periodo considerato.

Fig. 4 – Età media di uscita dal mercato del lavoro 2001-2008



Fonte: NS Elaborazione dati Eurostat

Considerando il dato medio europeo, si nota come l'età di pensionamento è compresa tra i 61 e i 62 anni. Se confrontiamo tale dato con l'aspettativa media di anni liberi da disabilità dei 65enni, quasi 8 anni⁴, si arriva all'evidenza che ci si può aspettare di passare in buona salute circa 10 anni dopo l'uscita dal mercato del lavoro.

Nella Relazione 2008 sulla demografia: affrontare i bisogni sociali in una società che invecchia [SEC(2008) 2911] si evidenzia efficacemente il rapido invecchiamento demografico cui l'Europa va incontro negli anni a venire. Nei prossimi 25 anni si stima un aumento annuo di 2 milioni di individui over 60, a cui si affiancherà dal 2014 una perdita di 1-1,5 milioni di soggetti in età lavorativa.

Paolo Calza Bini: professore ordinario di Sociologia Economica all'Università La Sapienza di Roma

Silvia Lucciarini: ricercatrice di Sociologia Economica all'Università La Sapienza di Roma

Pur condividendo i contenuti dell'articolo, i parr. 1.1 e 1.7 sono redatti da Paolo Calza Bini e i parr. 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 e 1.6 da Silvia Lucciarini

2 Crf. Consulta tra gli altri "Valutazione delle politiche per l'invecchiamento attivo: verso una strategia integrats", Fondazione Brodolini 2009

3 I Paesi coinvolti nell'indagine sono stati: Austria, Francia, Germania, Inghilterra, Svizzera, Polonia, Norvegia, Repubblica Ceca, Francia e Italia

4 Che ricordiamo essere: gli incentivi alla permanenza nel mercato del lavoro, alla promozione del life long learning, della sicurezza sul luogo di lavoro e l'incentivo di forme flessibili di organizzazione del lavoro.

5 Dato Eurostat 2005

1.3 Ricalibratura dei sistemi di welfare e politiche di active ageing

L'affacciarsi e il progressivo consolidarsi di un nuovo modello di sviluppo socio economico, il cosiddetto post fordismo, ha determinato uno stravolgimento nel quadro di riferimento sociale, economico e culturale delle economie occidentali. L'onda lunga delle ristrutturazioni produttive scaturite dalla crisi petrolifera dei primi anni Settanta e la crescente concorrenza internazionale originata proprio dai differenziali di costo tra macro aree geografiche e saturazione dei mercati internazionali, ha lasciato il passo a un nuovo ciclo economico. Il processo di globalizzazione dell'economia ha riconfigurato gli assetti di cooperazione e competizione internazionale. L'impatto delle crisi petrolifere in Europa si è manifestato con un certo ritardo rispetto alle immediate conseguenze che esse avevano avuto negli Stati Uniti. Questo ha determinato in prima battuta un certo rallentamento nell'esplosione della crisi, e operato in direzione di un consolidamento dei sistemi di regolazione europei appena usciti dai 'trent'anni gloriosi' e dalla loro legittimazione sociale e culturale. Le conquiste sociali di quegli anni erano nate nel contesto del boom economico e della piena occupazione, principalmente nella grande industria, con un livello alto di coesione socio-professionale e una bassa diversificazione dei profili sociali. Tali assetti di welfare stanno come è noto attraversando un momento di profonda riflessione e messa in discussione. Le trasformazioni demografiche, economiche e sociali di portata globale in atto hanno infatti determinato la definizione di un nuovo contesto di riferimento, ben diverso da quello che aveva modellato e legittimato i welfare

regimes dopo la fine della seconda guerra mondiale. Se da un lato occorre rispondere a nuovi bisogni, dall'altro sembra inevitabile modificare il sistema di tutele, nate in un sistema socio-economico ben diverso da quello odierno. La revisione, una ricalibratura (Ferrera 2006) dei sistemi stessi che i governi stanno operando, si scontra con un sistema di aspettative dei cittadini sulle tutele ritenute acquisite e non contrattabili. Nei paesi europei i decisori politici hanno teso a mettere in campo misure adattive di portata ridotta per non rischiare di perdere consenso nell'elettorato. La palese interdipendenza tra settori di welfare e l'auspicabilità di un sistema di riforme integrato presenta un coefficiente ulteriore di difficoltà per le politiche di invecchiamento attivo. Infatti l'azione riformatrice appare sempre più un processo graduale, dalle velocità diverse nei differenti comparti del welfare. A fronte di un obiettivo di riordino profondo dei sistemi di sicurezza sociale, i decisori politici sono stretti tra la paura di perdere consenso e la difficoltà di immaginare e declinare riforme di taglio sistemico. Questo sovente si traduce con la proliferazione di interventi settoriali dalla portata limitata, di cui è difficile cogliere il quadro generale di riferimento e ampliare l'efficienza di policies con interventi integrati. Le politiche di invecchiamento attivo appaiono perciò particolarmente difficili da implementare perché scardinano un sistema culturale di aspettative sedimentato negli anni (es. soglia di pensionamento), si scontrano con alcune dinamiche reiterate tra attori sociali nella continua trasformazione produttiva (es. consuetudine al prepensionamento, ecc), scuotendo dalle fondamenta assetti consolidati dei sistemi di sicurezza sociale e meccanismi di sussidiarietà (es. nei welfare familisti il ruolo degli over rappresenta un pilastro nell'aiuto economico per le seconde generazioni e nell'assistenza e cura per le terze, per cui la permanenza nel mercato potrebbe interrompere l'aiuto intergenerazionale). Inoltre la complessità e l'interdipendenza delle diverse agenzie di welfare per le politiche di active ageing sovente si scontra con una capacità ridotta di visuale da parte dei diversi policy makers, cui competono i diversi comparti di policies.

Aumentare i tassi di occupazione dei maturi è di fondamentale importanza per la sostenibilità finanziaria legata agli aspetti previdenziali, e interessa sia strategie di mantenimento nel mercato del lavoro che di occupabilità degli over inattivi. Come emerge dalla tab.1, il rapporto tra occupati e pensionati al 2020 mostra degli evidenti squilibri nella sua composizione, diminuendo significativamente in tutti i paesi considerati, con una particolare performance negativa dell'Italia, che -secondo le proiezioni dell'Ilo- sarà il fanalino di coda con 1,4 occupati per ogni pensionato. La sostenibilità del sistema occupazionale e l'equilibrio di quello pensionistico dipendono dalle riforme e dalle politiche che si metteranno in campo nei prossimi anni, anche per scongiurare il pericolo di un difficile face to face con un numero rilevante di anziani poveri.

Tab. 1 – Rapporto tra occupati e pensionati in alcuni paesi dell'Ocse

Paesi	1990	2020
Finlandia	3,2	1,8
Francia	2,5	1,8
Germania	2,4	1,8
Irlanda	2,0	1,5
Italia	2,1	1,4
Olanda	2,6	1,8
Norvegia	2,2	2,0
Portogallo	2,5	2,1
Spagna	1,9	1,5
Svezia	2,3	1,9
Regno Unito	2,2	1,9
Totale	2,4	1,7

Fonte: Ageing of the Labour Force in Oecd Countries: Economic and Social Consequences, Ilo, 2000.

E' difficile pensare che le future coorti di anziani, espulsi o non inseriti nel mercato del lavoro, possano insistere interamente sui sistemi di sicurezza sociale, o meglio, che questi possano rispondere ad una platea così vasta di bisognosi: il rischio effettivo di un aumento degli ageing poors pone quindi problematiche economiche e sociali di primaria rilevanza.

Gli over sono soggetti attivi e attivabili; costituiscono una risorsa strategica da impiegare per l'implementazione della civil society, e particolare attenzione viene posta in questa prospettiva ai temi della solidarietà intergenerazionale e al ruolo sociale dei maturi. L'approccio olistico alle tematiche dell'ageing society si caratterizza per l'ampio respiro della concezione dell'invecchiamento e per il superamento di una frammentazione tra i comparti di interesse (sociale, politico, previdenziale, lavorativo, ecc).

In questo senso l'Unione Europea promuove un aumento nella partecipazione al mercato del lavoro degli over, all'interno di un contesto più ampio di active ageing, sostenendo un approccio orientato al ciclo di vita. L'anzianità attiva costituisce un obiettivo cardine della Strategia Europea per l'Occupazione, SEO e degli Orientamenti Integrati per la Crescita e l'Occupazione, OICO (2005). Nel Libro Verde 'Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici' (2005) e negli 'Orientamenti per la politica di coesione 2007-2013' (2006), emerge dalla Commissione Europea la promozione di un approccio integrato tra i diversi settori alle sfide dell'ageing society e un più generale sostegno al coinvolgimento degli over alla vita sociale e alla territorializzazione della loro partecipazione.

1.4 Lo "svecchiamento" come cambiamento culturale

L'allungamento della speranza di vita in buona salute è negli ultimi decenni un fenomeno costante per i paesi occidentali, e seppure con dinamiche più diluite, tale trend si riscontra anche in alcuni paesi in via di sviluppo. Parlare di invecchiamento tout court della popolazione appare riduttivo, perché le soglie convenzionalmente usate (60 o 65 anni) mostrano nella realtà una vasta platea di individui in buona salute, che vantano una aspettativa di vita priva di disabilità almeno decennale.

L'idea della vecchiaia, intesa come perdita delle capacità fisiche e psichiche, si è di fatto spostata in avanti e riguarda classi di età ben oltre la convenzionale frontiera dei 60. Quello che risulta meno sviluppato è la formulazione e il consolidamento di nuovi attributi simbolici collegati alla popolazione sopra i 60 anni. Infatti l'idea astratta di over non si adatta alle caratteristiche psicofisiche dei soggetti convenzionalmente etichettati come tali: citando Bobbio, "la soglia della vecchiaia si è spostata di circa un ventennio". Se la velocità delle trasformazioni della qualità della vita ha acquisito una forte accelerazione grazie ai processi medici, tecnologici, alla circolazione globale delle idee e dei risultati scientifici, non si può dire che il sistema di riferimento culturale si sia modificato di pari passo. Il cambiamento di parametri simbolici come è noto è un processo graduale e vischioso, che abbraccia un lungo arco temporale.

Alcuni economisti hanno proposto di riconsiderare la soglia dell'anzianità, ancorandola alle nuove prospettive di vita in buona salute, riformulando la frontiera lavoro/pensione sulla base di questa revisione: vivere meglio e più a lungo vuol dire potenzialmente aumentare gli anni di partecipazione al lavoro di mercato e ciò costituisce una possibile risorsa in termini di crescita economica (Dromont et alii, 2007).

In questa ottica, è possibile affermare che non ci troviamo perciò di fronte a una società invecchiata, quanto ad una 'svecchiata', perché si vive meglio e più a lungo (cfr. Giarini 2000, 2005). Il cambiamento nel ciclo di vita non va riferito solo alla componente over nei termini di un allungamento della speranza di vita, ma modifica tutta la periodizzazione delle principali tappe biografiche. Seguendo il classico schema temporale dell'avvicendamento delle fasi di vita, molti autori evidenziano una posticipazione del passaggio alla vita adulta⁵ (Rosina 2008). L'autonomia abitativa, finanziaria e la costruzione di un proprio nucleo familiare si situa non più tra i 20 e i 30 anni, ma ben oltre la trentina. Tale slittamento viene attribuito per lo più, e soprattutto per il caso italiano, all'allungamento degli anni spesi in formazione e alla presenza di barriere all'ingresso nel mercato del lavoro e in quello immobiliare. Ma analizzare le trasformazioni concentrandosi sulla componente giovane o su quella matura ha l'effetto di assottigliare gli anni centrali della vita. Come sintetizza efficacemente Cagiano de Azevedo, sono spariti gli adulti "perché quello che nel 1951 si doveva fare tra i 25 e i 65 anni [...] oggi si deve fare in vent'anni". A meno che non si cambi prospettiva e si metabolizzino culturalmente gli slittamenti nel tempo delle principali tappe del ciclo di vita.

La conoscenza delle trasformazioni nelle fasi della vita e del loro complesso intreccio sono elementi di fondamentale importanza per i policy makers, per fronteggiare eventi oggi più frequenti che in passato, come ad esempio i rientri nel mercato del lavoro in età matura (Gilli 2005). In generale, la prospettiva del ciclo di vita abbandona le componenti statica e ascendente per abbracciare una maggiore frammentazione e flessibilità nel susseguirsi e sovrapporsi dei periodi, nella chiave di un uso sociale del tempo di vita degli individui (Gagliardi, Accorinti 2007: 42). Ci è utile riportare lo schema individuato da Kohli (1985) per rappresentare le tre fasi salienti della vita 'al maschile' nel periodo fordista: istruzione, lavoro e pensionamento. Marshall e Clarke (1998) rivedono questo schema alla luce del modello del ciclo di vita emergente, restituendo una maggiore alternanza e varietà delle fasi, pur incentrandosi sulle dinamiche lavorative. Il risultato di questa riformulazione prevede cinque momenti salienti: istruzione, lavoro instabile, lavoro lucrativo, periodo di transizione (lavori a progetto, formazione, ecc), pensionamento (cfr. Gagliardi, Accorinti 2007: 41 e segg.). Sebbene il taglio di questo schema sia lavoristico, si avverte la dinamicità e la nuova flessibilità dei percorsi degli individui. L'articolazione complessa tra il tempo per sé e quello per il lavoro impedisce una standardizzazione delle fasi di vita e richiede una architettura componibile degli interventi che mirino in prima istanza a promuovere la partecipazione degli over alla vita sociale. L'integrazione socio-economica dei maturi dipende dalla considerazione e dalla promozione di comportamenti attivi e dalla tutela del benessere dei soggetti al di là del loro inserimento nel mercato del lavoro.

1.5 Il progetto "Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe": un quadro di sintesi per tipologie di Welfare State

L'approccio del progetto "Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active ageing policies in Europe" è stato principalmente comparativo. Sono stati identificati 3 livelli di confronto: territoriale, analizzando sia i singoli paesi che seguendo il classico modello Esping-Andersiano dei regimi di welfare capitalism; tra settori di policies, prendendo in considerazione il mercato del lavoro, la sanità e la previdenza; l'impatto sulla normativa delle retoriche sull'invecchiamento attivo e il livello di diffusione e incisività delle pratiche. Lo studio del fenomeno ha previsto oltre all'analisi in questi tre settori, anche due sezioni dedicate all'approfondimento del concetto di anzianità attiva nei diversi paesi partecipanti, attraverso lo spoglio di documenti ufficiali, interviste ai testimoni privilegiati nei vari comparti e la conduzione di un delphi study con esperti nazionali. L'approccio ai temi dell'invecchiamento attivo ha avuto perciò un taglio generale olistico al quale si sono affiancate le sezioni di approfondimento specifiche nei tre settori, i cui risultati sono stati letti alla luce del peso e del senso complessivo delle politiche di ageing individuate e ipotizzate. Il disegno di ricerca partiva da una considerazione dal sapore provocatorio. Veniva sottolineato come, sebbene le politiche in favore dell'anzianità attiva fossero riconosciute come fondamentali e rilevanti a ogni livello di governo, emergesse una forte componente retorica priva di concreti programmi di riforma. Per dirla con Arend e Gsponer (2003), le politiche di active ageing sembrano una 'buona idea' ma la loro implementazione deve essere ancora realizzata. L'analisi delle barriere/opportunità alle politiche di anzianità attiva, elemento cardine del progetto, ha voluto mettere in luce le specificità socio-economiche, politiche, culturali e demografiche di ciascuna realtà territoriale. Se, a partire dalle direttive europee, le politiche di implementazione dell'active ageing sembrano formularsi come indirizzi di policy generali, la promozione di politiche dalla 'taglia unica' nei vari paesi può risultare meno efficace rispetto alla strutturazione di interventi mirati che tengano conto delle diversità locali. In questo senso il progetto di ricerca ha previsto dettagliate analisi di contesto nazionali, alla luce delle quali identificare per ciascun paese e in ogni settore quali fossero le barriere e quali invece le opportunità alla implementazione di politiche di active ageing.

La ricerca ha mostrato come al di là di alcune precipue differenze tra paesi, il paradigma dominante è quello che identifica l'invecchiamento attivo come permanenza nel mercato del lavoro degli over, una sorta di 'invecchiamento produttivo' che viene promosso, talvolta più in retorica che in pratica, nei diversi paesi.

Nei sistemi socialdemocratici dell'Europa del Nord, l'invecchiamento demografico è definito teoricamente come un problema di piena occupazione, dato l'elevato livello di servizi socio-sanitari erogati, i governi hanno ritenuto necessario mantenere ampia la base occupazionale mirando al mantenimento degli over nel mercato. Le azioni messe in campo hanno privilegiato l'intesa tra governo centrale e imprese, attraverso la creazione di misure che rispettassero e potenziassero le capacità dei lavoratori maturi da un lato, e il miglioramento dell'ambiente di lavoro rendendolo ageing-friendly dall'altro.

I sistemi di welfare continentale hanno operato invece in senso sostanzialmente opposto a quello messo in campo da quelli nordici. Più che un esercizio positivo, dispiegato attraverso politiche di inclusione nel mercato del lavoro, ivi le politiche di active ageing hanno operato verso tagli nel sistema di sicurezza sociale, contando sull'effetto scoraggiamento esercitato da tali ridimensionamenti sui lavoratori maturi nel perseguire strategie di pensionamento anticipato.

Se i regimi nordici attuano attraverso il rafforzamento e lo sviluppo delle capacità politiche per l'allungamento della vita lavorativa, quelli continentali invece creando deterrenti alle uscite anticipate, quelli liberali si sono interessati principalmente a legittimare culturalmente, socialmente, politicamente e economicamente i maturi. Le strategie messe in campo, dirette e indirette, mirano ad abbattere le discriminazioni, e presentano un quadro di policy articolato e composito, il cui fine dichiarato è la rimozione degli ostacoli alla permanenza nel mercato del lavoro.

Più incerto appare il sistema di politiche implementato nei regimi dell'Est Europa, nei quali si registra un recepimento massiccio degli indirizzi di policy per un invecchiamento attivo provenienti dall'Unione Europea o da organismi internazionali, manifestando però ancora una fragile capacità istituzionale di governare le trasformazioni e mettere in campo azioni efficaci. L'invecchiamento è visto principalmente nei termini di povertà e esigibilità di benefit da parte degli over. Un ruolo centrale è rivestito dalle organizzazioni non governative, che comunque non mostrano un sufficiente grado di organizzazione e rappresentanza, e le problematiche dell'ageing rientrano nella più ampia sfida di produrre una governance efficiente ed efficace su una più vasta gamma di policy.

Nei paesi continentali la generale perdita di competitività, le rigidità del mercato del lavoro e la sostenibilità presente e futura dei sistemi previdenziali, hanno determinato la lunga stagione di riforme pensionistiche degli anni Novanta. Il contraddittorio politico e sociale in merito è ancora vivo e attuale. Il dibattito inoltre si è allargato alle problematiche relative alle minori prestazioni pensionistiche future, con la prospettiva di una produzione sociale di anziani poveri e una scarsa cultura e implementazione dei pilastri previdenziali complementari che costituirebbero un paracadute alla diminuzione delle prestazioni

previdenziali. Negli ultimi anni la discussione è stata animata dalla progressiva consapevolezza che sovente l'alternativa all'uscita anticipata dal mercato del lavoro non fosse il mantenimento del posto di lavoro quanto l'inattività. In Inghilterra la stagione delle riforme previdenziali è stata antecedente agli anni Novanta, con un incoraggiamento e un orientamento verso il terzo e il quarto pilastro previdenziale.

La path dependance nei diversi paesi si intreccia anche con la composizione dell'arena politica, o per dirla a là Schattschneider, i differenti regimi di welfare designano chi è fuori e chi è dentro la messa a punto e l'organizzazione delle politiche. Da questo punto di vista, i paesi nordici e quelli continentali, convergono nella tripartizione del dibattito politico. Quando all'interno di questo quadro si inseriscono organismi di rappresentanza trasversali, come possono essere quelli che si occupano degli over, l'effettivo peso rappresentativo degli anziani affronta gli ostacoli propri dei processi consociativi. La forza delle associazioni e delle organizzazioni dei maturi viene perciò diluita e in parte dissipata nelle strutture consociative che corrono parallele ai processi politici (Ney 2005).

Ad esempio, i processi di policy making inglese in favore degli anziani si scontrano con la storica presenza delle charity, che hanno promosso e tramandato l'idea degli anziani come bisognosi e indigenti: si tratta di organizzazioni per gli anziani piuttosto che composte da anziani, con i limiti che da questo derivano. Nei paesi est europei invece, i processi di mobilitazione e partecipazione degli anziani ai meccanismi di governo sono ancora in divenire, da un lato mostrano assonanze con i paesi nordici e continentali, dall'altro presentano un vasto, ma debole dal punto di vista delle risorse, set di organizzazioni non governative di e per gli anziani.

Nonostante si evidenzino diversi assetti istituzionali, gli outputs dei paesi convergono largamente. Vengono infatti sostenuti approcci basati sul life-cycle e promossa la formazione permanente come area di intervento strategica. Queste principali posizioni trasversali tra i territori contemplano una buona dose di retorica sul modello delle direttive europee, che determina in parte la convergenza dei policy outputs.

A parte queste differenze rilevabili tra regimi di welfare nello schema concettuale e nell'approccio al tema invecchiamento, è apparso difficile tematizzare le politiche di invecchiamento attivo per famiglie di sistemi di sicurezza sociale. Infatti sono emerse profonde differenze nelle politiche tra paesi appartenenti allo stesso sistema. Si tenga in considerazione che le policy di active ageing finiscono per avere un forte stampo nazionale, poiché incrociano politiche di competenza di tale livello quali previdenza, sanità e mercato del lavoro, per poi frammentarsi in una numerosa serie di esperienze sia a livello regionale che locale.

In generale appare evidente una forte asimmetria tra veloci cambiamenti demografici, difficili adeguamenti istituzionali e la vischiosità di atteggiamenti culturali stigmatizzanti gli over, che si traduce in una ridotta azione delle politiche per l'invecchiamento attivo. Soprattutto nei sistemi di welfare di stampo occupazionale, che presentano un mercato del lavoro fortemente segmentato tra insiders e outsiders, dalle barriere all'ingresso rigide a caratterizzato da una bassa mobilità, appaiono molto ridotte le opportunità di rimanere nel mercato del lavoro per i maturi. Se prendiamo in considerazione il settore della previdenza, l'uscita precoce dal mercato è una pratica di fatto ancora consolidata.

1.6 Barriere e opportunità all'implementazione di politiche di active ageing

Prima di scendere nel dettaglio dei vincoli e delle opportunità nelle tre aree di policy, riportiamo tre punti generali individuati come ostacoli alle politiche di ageing, che rivestono particolare rilevanza trasversalmente a tutti i paesi considerati: le pratiche discriminatorie, i costi dell'invecchiamento e una sorta di miopia del policy-making.

E' emerso come le pratiche discriminatorie riguardino tutte le sfere della vita del maturo. Nel mercato del lavoro schemi di convenienza e pratiche consolidate costituiscono una forte pressione all'uscita dal mercato. I percorsi di reinserimento sono particolarmente difficili, non guidati, e scivolano spesso in posizioni a cavallo tra l'assistenza e tamponamento del bisogno fino al raggiungimento di una soglia anagrafica per l'inserimento negli schemi previdenziali. Inoltre le recenti riforme pensionistiche indeboliscono le prestazioni economiche che i maturi ricevono e soprattutto, riceveranno, fragilizzandoli maggiormente. Capacità di dinamismo e innovazione sono attribuiti solo ai giovani, mentre agli over viene genericamente collegata la lentezza ad adeguarsi a nuovi schemi socioculturali e lavorativi, con quello che viene chiamato il paradigma del deficit (Lieberum, Heppe, Schuler 2005).

Elemento comune registrato nei panel con gli attori privilegiati, è l'attenzione ai costi che una società che invecchia porta con se. La riflessione su questo punto converge sull'asimmetria delle trasformazioni nel sistema socioeconomico e socioculturale. Il mercato del lavoro è profondamente cambiato, analogamente alle strutture familiari e sociali, mentre i sistemi di protezione sociale non sono stati "ricalibrati" a seguito di tali cambiamenti, con il risultato di aumentare la spesa sociale in modo insostenibile.

L'ultimo punto evidenziato dagli esperti, mostra numerosi punti disgreganti la creazione di una politica concertata e finalizzata a mettere in campo policies per la promozione dell'invecchiamento attivo.

L'elevata frammentazione istituzionale, misure isolate e di raggio d'azione ridotto, lo sbilanciamento del dibattito politico sul tema previdenziale, sono tra gli elementi che denotano la mancanza di una visione sistemica dell'invecchiamento da parte dei policy makers. Questi mettono in campo politiche a breve termine, legate a dinamiche di consenso e rispondenti soprattutto a logiche elettorali.

L'analisi dei materiali di ricerca, come detto precedentemente ha mostrato una forte convergenza nei policy outputs dei diversi paesi. Ciò si nota anche analizzando i sistemi di barriere/opportunità nei vari settori, che mostrano una elevata convergenza. Nel mercato del lavoro le barriere individuate trasversalmente ai contesti territoriali, sono l'inadeguatezza delle skills professionali per coloro che vogliono reinserirsi nel mercato e le discriminazioni legate all'età. Le opportunità corrispondono agli orientamenti politici più frequentemente promossi: formazione continua, incentivi alle imprese per mantenere occupati i lavoratori maturi e una azione decisa per bloccare la pratica delle uscite anticipate. Nella pratica, ciò che la ricerca ha evidenziato invece sono state azioni e interventi che operano nel verso opposto: i programmi di attivazione si concentrano perlopiù sui giovani, le imprese non sfruttano gli incentivi per mantenere nel mercato gli over, le associazioni datoriali chiedono più flessibilità e meno protezione sociale mentre i sindacati di fatto avallano le prassi di prepensionamento, e le (poche) politiche di invecchiamento attivo sono interventi 'pilota' e sperimentali e non misure strutturali, mentre permangono politiche di reclutamento e espulsione di tipo young in/old out. Nel settore della previdenza si ripete lo stesso schema di quello appena mostrato per il mercato del lavoro. Le barriere e le opportunità individuate ricalcano perlopiù temi fortemente presenti nei documenti della Commissione Europea. Come elementi deterrenti identifichiamo la difficoltà di combinare pensione e lavoro, il sistema di tassazione e le aspettative del modello di vita 'da pensionato'; come incentivi la flessibilità possibile tra lavoro e pensione e l'allungamento della vita lavorativa. Nella pratica l'analisi dei policy outputs mostra come vi sia una generale tendenza a posticipare gli effetti delle riforme previdenziali, nelle quali i problemi più che risolti appaiono più che altro rimandati. Un aspetto molto forte è quello della motivazione dei lavoratori: le diverse ricerche collezionate nei paesi restituiscono l'immagine di occupati maturi che 'sanno' che dovranno lavorare più a lungo, ma che non lo vogliono. Inoltre a livello di imprese emerge come non solo non vengano recepiti gli incentivi per mantenere gli over in azienda, ma come esse di fatto continuino a scegliere l'uscita anticipata dal mercato per i lavoratori maturi. Nel settore della sanità, le riforme operate nei paesi mirano al contenimento dei costi, per non aumentare la pressione fiscale, che si traduce nel taglio di alcuni servizi. Di fatto si registra ovunque l'aumento del ricorso a percorsi di cura privati rispetto a quelli pubblici e un forte crescita delle disuguaglianze di trattamento a livello subnazionale. Mentre gli esperti convergono nell'indicare come opportunità per implementare politiche di invecchiamento attivo nell'ambito della salute, l'aumentata consapevolezza dei soggetti a attuare comportamenti preventivi e virtuosi per la salute, le principali barriere rimangono le crescenti differenze tra le prestazioni su base territoriale e la mancanza di coordinamento e cooperazione tra i diversi livelli di governo del territorio e tra providers di cura.

1.7 Spunti conclusivi

L'invecchiamento demografico è di per se una conquista, della società e della scienza, che non costituisce una problematica in quanto fenomeno a se stante. La sostenibilità del sistema in termini socio-economici investe perciò specifiche tematiche a seconda dell'assetto istituzionale di ogni paese. Il paradigma dell'invecchiamento attivo è entrato a pieno titolo nei dibattiti nazionali e ha avuto riconoscimento a livello normativo. La discriminazione per età e la frammentazione tra i livelli di governo e i settori di policy costituiscono le principali barriere all'implementazione di politiche di invecchiamento attivo in Europa. In questo senso gli interventi di maggior successo risultano essere quelli che nascono sotto un'idea politica più ampia rispetto alla risposta all'emergenza finanziaria, portando avanti una concezione olistica del soggetto e individuando nell'anziano una risorsa (Paci 2005), come emerge dall'implementazione di alcune misure nei paesi nordici.

Paradossalmente, tra le opportunità da segnalare per l'implementazione di politiche di invecchiamento attivo, sottolineiamo il ruolo del limitato successo delle passate e delle presenti riforme, che porta alla ribalta con maggiore forza la necessità di un intervento per la lotta alla age-discrimination e mantiene alta l'attenzione nelle agende politiche sulle sfide dell'ageing society. Sono poco chiari e poco studiati gli impatti delle macro trasformazioni socio-economiche sulla gestione dell'ageing society. Dalla ricerca sono infatti emersi degli esiti contrastanti del processo di flessibilizzazione del mercato del lavoro sulla componente over della popolazione, alternando effetti inclusivi e esclusivi (riduzione dell'orario di lavoro, rimozione di alcune misure protettive, obbligo di andare in pensione, ecc.). Anche il consolidamento della cosiddetta knowledge society, ha in alcuni casi un effetto migliorativo nella vita degli over, mentre in altri accentua il gap nell'accesso alle risorse e alle opportunità lavorative. In ultimo, è emerso come ambivalente per l'implementazione dell'invecchiamento attivo l'impatto del decentramento delle politiche sociali, processo in piena evoluzione in molti paesi europei. I risultati della ricerca hanno evidenziato con chiarezza invece quanto le riforme e le pratiche istituzionali nei settori di policy analizzati (mercato del

lavoro, previdenza e sanità) non riescano a fronteggiare le sfide della società matura. Politiche sperimentali e innovative rispetto all'implementazione dell'invecchiamento attivo trovano come principali barriere le legacies istituzionali nonché la riproduzione sociale e aziendale della discriminazione per età. Tra i risultati trasversali di ricerca, oltre a quelli riportati sino a qui, riteniamo opportuno segnalare un ulteriore punto emerso. E' stata registrata nei diversi paesi una certa 'diacronia' delle politiche di active ageing, che vede lunghi processi di gestazione prima della loro messa a punto e implementazione, laddove in alcuni casi, la platea di riferimento ha subito significative modifiche. La costruzione di politiche di invecchiamento attivo non può non tener conto che l'impatto effettivo delle politiche ideate riguarda – in alcuni casi- segmenti di popolazione diversi da quelli per le quali si erano pensate. Gli adulti di dieci anni fa sono tra i maturi di oggi, che si inseriscono in un contesto di politiche dell'ageing scaturito dalla condizione percepita nel decennio precedente, a fronte di una struttura economica e della domanda di lavoro profondamente diversa da quella odierna.

Riferimenti bibliografici

Arend, M. and Gsponer, G., 2003. Active ageing in Europe: Methods, policies, and institutions – Swiss country report. Vienna: ICCR

Bassanini, A., Duval, R. (2006) Employment Patterns in OECD Countries: Reassessing the Role of Policies and Institutions, OECD- Social, employment and migration working papers, n. 35

Cagiano de Azevedo R., Cassani B. (2005), Invecchiamento e svecchiamento demografico: ricadute sociali, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Svecchiamento e società, Allungamento del ciclo di vita, lavoro e salute, n. 2

Cagiano de Azevedo R., Cassani B., 2005, Invecchiamento e svecchiamento demografico: ricadute sociali, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2

Calza Bini P, Lucciarini S, Lucianetti LF, 2008, Politiche di active ageing in Europa: barriere e opportunità per la loro implementazione in una analisi comparata europea, Argomenti n.23, Franco Angeli, Milano

Calza Bini P., Accorinti M., 2009, Le condizioni contrattuali e previdenziali del lavoro degli anziani: politiche e interventi di attivazione, Argomenti n.25, Franco Angeli, Milano

Calza Bini P., Turcio S., 2009, Anzianità attiva e salute in Europa: il progetto ActivAge, , Argomenti n.24, Franco Angeli, Milano

Carenzi A., 2005, Salute e disabilità: il caso italiano, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2

Colasanto M., Marcaletti F., (a cura), 2007, Lavoro e invecchiamento attivo, Franco Angeli, Milano

Crisci M., Heins F., L'invecchiamento della popolazione nelle regioni dell'Unione Europea dei 15. Processi e risposte politiche, Rapporto Ires Piemonte 2005

Crisci M., Gesano G., Heins F., 2003, L'invecchiamento della popolazione nelle sue diverse dimensioni territoriali, www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/tematiche/PersoneAnziane/Relazione_Biennale/

Crisci M., Gesano G., Heins F., Les territoires italiens dans le pays le plus vieilli du monde, in Dumont G.F. (a cura di) Les territoires face au vieillissement en Europe. Géographie Politique Prospective, Ellipses, 2006, 359-372

Fornero E., Monticone C. (2007) Il pensionamento flessibile in Europa, in Quaderni

Gagliardi F., Accorinti M., 2007, Attivare gli anziani, Guerini e Associati, Milano

Gesano G., Golini A., 2006, Generazioni e invecchiamento, in Generazioni, famiglie, migrazioni. Pensando all'Italia di domani, a cura della fondazione Giovanni Agnelli e del GDC per la demografia SIS, Edizioni Giovanni Agnelli, Torino

Gesano G., Heins F., La popolazione italiana negli anni Novanta, in Pugliese E., (a cura di), Lo stato sociale in Italia. Un decennio di risorse, Rapporto IRPPS-CNR, Donzelli, Roma

Giarini O. (2000), An ageing society? No, a counter ageing society, in The four Pillars, Geneva Association Information letter, Geneva

Giarini O. (2005), Editoriale, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Svecchiamento e società, Allungamento del ciclo di vita, lavoro e salute, n. 2

Giarini O. (2005), Il privilegio di lavorare dopo i 60 anni, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Svecchiamento e società, Allungamento del ciclo di vita, lavoro e salute, n. 2, 20-24

Giarini O., 2005, Il privilegio di lavorare dopo i 60 anni, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2

- Giarini O., Liedke P. (2006), Abstracts from the Employment Dylemma and the Future of Work, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Ageing and counter-ageing, n. 6, 98- 124
- Giarini O., Monticone C. (2007), Editoriale, verso il nuovo welfare: punti di arrivo, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Verso il nuovo welfare: obiettivi e strategie, n. 7, 4-6
- Gilli D., Parente M., Tagliavia C., 2005, Lavoratori anziani e mercato del lavoro europeo, Monografie sul Mercato del lavoro e le politiche per l'impiego ISFOL, n. 9
- Guillemard A.M., 2003, L'ages des emplois. Les societes a l'épreuve du vieillissement, Ed. Armand Colin, Paris
- Jaroslaw P. e Duszczuk M., 2005, Per una politica europea del welfare, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2
- Kohli M., 1990, Die Institutionalisation des lebensverlaufs. Historische befunde und theoretische argumente, Kolner zeitschrift fur soziologie und sozialpsychologie, vol. 37, 1985, pp. 1-29
- Liedtke P.M. (2005), L'economia delle pensioni e i quattro pilastri: come affrontare una sfida infinita, in Quaderni Europei sul nuovo Welfare – Svecchiamento e società, Allungamento del ciclo di vita, lavoro e salute, n. 2, 7-19
- Marcaletti M., 2007, L'Orizzonte del lavoro, V&P, Milano
- Marshall V.W., Clarke P.J., 1998, Facilitating the transition from employment to retirement, National Forum on Health, Sainte-Foy, Quebec, Editions MultiMondes, pp. 171-207
- Michel J.P, Robine J.M, 2005, Una "nuova" teoria generale dell'invecchiamento demografico, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2
- Mirabile M.L., 2006, Essere over: età, mercato del lavoro e nuovi scenari di welfare, Quaderni Spinn n. 23
- Mirabile M.L., 2006, Il fenomeno degli over 45 e la sfida dell'attivazione sociale in Italia. Considerazioni alla luce di una ricerca empirica, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 3
- Ney S., 2005, Active aging policy in Europe: Between path dependency and path departure, Ageing International vol. 30 n. 4, Springer New York
- Nordheim Nielsen F., 2005, L'invecchiamento attivo: una politica centrale e prioritaria per l'Unione Europea, Quaderni Europei Sul Nuovo Welfare n 2
- Paci M., 2005, Nuovi lavori nuovo welfare, il Mulino, Bologna
- Pirone F., La marginalizzazione dei lavoratori più anziani in un contesto d'invecchiamento della forza lavoro e di ristrutturazione produttiva: il caso dell'area torinese, Open forum AIS
- Ranci C. (a cura), 2001, L'assistenza agli anziani in Italia e in Europea, Franco Angeli, Milano
- Schattschneider., 1960, The semisovereign people. A realist's view of democracy in America, Holt, Rinehart & Winston, New York
- Tagliabue M., 2008, Invecchiamento come risorsa: la strategia del Quarto Pilastro, paper presentato alla prima Conferenza ESPAnet, Ancona
- Università Carlo Cattaneo, 2007, La valorizzazione dei lavoratori maturi: una sfida per le politiche pubbliche e per le strategie delle organizzazioni, ricerca Italialavoro bancadati.italialavoro.it/BDD_WEB/bdd/publishcontents/bin/C_21_Strumento_4432_documenti_itemName_0_documento.pdf
- Walker A., 2001, Uk: lavoratori anziani e occupazione, verso un invecchiamento attivo?, in L'Assistenza sociale, n. 1-2, Ediesse, Roma
- Walker A., 2005, The role of active ageing in reducing the social and economic impact of ageing, relazione al seminario API-CGIL "Impatto sociale ed economico dell'invecchiamento. Le politiche per un nuovo patto generazionale", 6 giugno, Roma

Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani

di Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Andrea Principi e Giovanni Lamura | 04 Marzo 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

Abstract

L'articolo propone una rassegna sulle opportunità e i maggiori ostacoli in merito alla partecipazione delle persone anziane alle attività di volontariato. A livello internazionale, il dibattito sul volontariato in età matura si è sviluppato principalmente negli Stati Uniti, mentre l'Europa appare ancora indietro nella ricerca: oltre che auspicare un aumento delle indagini sull'argomento a livello nazionale, sarebbe utile promuovere ricerche comparative e trasversali, presenti ancora in numero esiguo. Tra le evidenze attualmente disponibili, risulta che gli anziani più propensi a svolgere attività di volontariato sono quelli "più giovani", in buona salute, con un livello di istruzione ed una posizione socio-economica elevati, impegnati principalmente in organizzazioni religiose che operano nel settore dei servizi alla persona. Le principali barriere sono invece rappresentate da pratiche discriminatorie legate all'età. A livello internazionale si rivela controverso il rapporto tra l'impegno degli anziani nel volontariato e in altre importanti attività quali il lavoro e la cura informale. Ad ogni modo, emerge con forza l'esigenza di implementare politiche di reclutamento dei volontari senior, dal momento che le poche esistenti sono spesso poco incisive: in questo senso, un supporto importante può essere fornito dalle esperienze realizzate nel contesto statunitense, le quali hanno prodotto negli ultimi anni delle best practices.

1. Introduzione

Il volontariato in età anziana costituisce un fenomeno in forte crescita negli ultimi anni, destinato ad avere un peso sempre maggiore nella vita sociale degli individui e nel complessivo sistema delle organizzazioni del settore, sia in Italia che in Europa. Le evidenze disponibili sembrano suggerire che esista un gradiente territoriale nella distribuzione dei tassi di partecipazione degli anziani al volontariato, con una partecipazione più elevata nel Nord Europa ed una più contenuta nei Paesi dell'area Mediterranea (sebbene le cause non siano del tutto chiarite: cfr. Erlinghagen e Hank, 2006). Tuttavia, anche in Italia si registra un considerevole incremento del coinvolgimento delle persone over 65 nel settore del volontariato: nel periodo tra il 1999 e il 2007, la partecipazione degli anziani è aumentata del 92,7% tra i 65 e 74 anni, mentre del 61,9% tra gli over 75 (ISTAT, 2008).

Il volontariato può essere generalmente definito come ogni tipo di attività in cui il tempo è prestato gratuitamente in maniera organizzata a vantaggio di un'altra persona, di un gruppo o di una causa. Tale comportamento di aiuto implica un maggiore impegno rispetto quello spontaneo o non organizzato, e con un campo di applicazione più ristretto rispetto all'assistenza prestata a parenti e amici (Wilson, 2000). Di norma dunque, non rientrano nell'ambito del volontariato, ad esempio, né le attività formali retribuite (impieghi lavorativi, servizio civile), né le attività informali a favore della famiglia (cura dei nipoti o di familiari) o forme di partecipazione sociale come ad esempio quella politica e di formazione continua (Mendes de Leon, 2005; Henkin e Zapf, 2006; Martinson e Minkler, 2006): questi tipi di partecipazione comunitaria e sociale rientrano invece nel più generale campo dell'invecchiamento attivo (Droogleever Furtuijn et al., 2006; Rozario, 2006).

Lo scopo di questo articolo è presentare i principali fattori, emersi nella recente letteratura internazionale, che possono facilitare o ostacolare la partecipazione delle persone anziane alle attività di volontariato, identificando al contempo le relazioni con le principali attività che possono entrare in competizione con esso, come il lavoro e la cura informale. Inoltre, si vogliono presentare le principali iniziative messe in atto dai policy makers che favoriscono il coinvolgimento dei senior nel volontariato: tali best practices, attivate nei Paesi dove il dibattito sul tema è più avanzato, possono costituire degli importanti precedenti per implementare le strategie nazionali, tenendo conto naturalmente delle diversità di carattere strutturale e culturale tra i vari contesti.

2. Accesso al volontariato

Sono molteplici i fattori che intervengono nella partecipazione degli anziani al mondo del volontariato. Di seguito si analizzeranno tre tipologie di fattori che influiscono in tale scelta. In primo luogo, è importante risalire ai principali predittori statistici dell'ingresso nel mondo del volontariato, che consentono di stabilire delle relazioni tra vari fattori socio-demografici e il coinvolgimento dei senior nelle organizzazioni.

In secondo luogo, anche le motivazioni personali degli anziani sono un punto cruciale da approfondire per comprendere quali sono le cause della partecipazione, e su quali elementi psicologici e attitudinali fare leva per le campagne di reclutamento.

Infine, si analizzeranno le barriere esistenti che contrastano l'accesso degli over 65 alle organizzazioni di volontariato, alcune da intendersi come pratiche discriminatorie (basate sull'età degli aspiranti volontari), mentre altre sono veri e propri ostacoli di natura logistica, psicologica o attitudinale.

2.1 Predittori

Il coinvolgimento nelle organizzazioni di volontariato degli over 65 può essere ricondotto a predittori statistici che consentono di rilevare quali sono le condizioni che favoriscono la loro partecipazione. Distinguiamo questi predittori in quattro distinti tipi: demografici, socio-economici, relativi alla salute e al senso della comunità.

In ambito demografico, l'età rappresenta un forte predittore della partecipazione: gli anziani "più giovani" hanno più probabilità di svolgere attività di volontariato (Rozario, 2006; Warburton et al., 2001). Allo stesso tempo, sebbene il tasso di partecipazione raggiunga il picco nella mezza età (Erlinghagen e Hank, 2006; Goonyea e Googins, 2006), alcuni studi sostengono che il suo declino in età anziana sia oggi meno pronunciato che negli scorsi anni (Cutler e Hendricks, 2000). L'effetto di genere è invece controverso: i risultati in merito sono discordanti tra loro, alcuni dipingendo le donne come più attive (Rozario, 2006), altri gli uomini (Wymer, 1999), e altri ancora non evidenziando differenze significative tra i sessi (Cutler e Hendricks, 2000).

Per quanto riguarda i predittori di natura socio-economica, sia il fatto di possedere un elevato titolo di studio (Wymer, 1999; Cutler e Hendricks, 2000; Thompson e Wilson, 2001; Erlinghagen e Hank, 2006; Martinson, 2006; Martinson e Minkler, 2006; Rozario 2006) che quello di avere uno status economico più elevato (Wymer, 1999; Thompson e Wilson, 2001; Walburtun et al., 2001; Martinson, 2006; Martinson e Minkler, 2006; Morrow-Howell, 2007), sono associati ad un maggiore impegno nel volontariato in età anziana. Ulteriori fattori predittivi sono l'essere sposati, avere figli non autosufficienti in famiglia, essere inseriti in un ampio nucleo familiare, avere legami familiari ridotti, avere amici o altri parenti che svolgono già volontariato, nonché il vivere in case in affitto (Wymer, 1999; Cutler e Hendricks, 2000; Warburton et al., 2001).

In relazione ai predittori sanitari, una migliore salute (fisica e psicologica), nonché una maggiore capacità di mobilità, sono elementi che favoriscono un migliore coinvolgimento degli over 65 nelle attività di volontariato (Burr Bradley, 1999; Cutler e Hendricks, 2000; Warburton e Cordingley, 2004; Martinson, 2006; McBride, 2006; Morrow-Howell, 2006; Rozario, 2006).

Fra i predittori inerenti la partecipazione comunitaria, l'aver già svolto volontariato in età più giovane costituisce un forte fattore di influenza (Warburton et al., 2001; Mutchler et al., 2003), così come la partecipazione religiosa (Wymer, 1999; Warburton et al., 2001), il forte legame con la comunità (Henkin e Zapf, 2006; Okun e Michel, 2006) e la disponibilità di contatti, risorse sociali e informazioni (Wymer, 1999; Warburton et al., 2001; Morrow-Howell, 2006). A livello pragmatico, inoltre, incidono notevolmente sia la presenza di un ampio numero di organizzazioni tra cui poter scegliere, che la comodità d'accesso dovuta alla vicinanza della sede dell'organizzazione alla propria abitazione (Narushima, 2005).

2.2 Motivazioni

E' anche utile analizzare le motivazioni che spingono gli anziani a prestare il proprio tempo e le proprie forze nelle attività di volontariato, le quali possono essere di diversa natura.

In primo luogo, è evidente che nella maggior parte dei casi si realizza un'aspirazione di natura altruistica, incentrata sull'aiuto e la solidarietà verso gli altri (Kovacs e Black, 1999; Wymer, 1999; Warburton e Cordingley, 2004; Narushima, 2005; Morrow-Howell, 2007), al contrario di quanto avviene tra i giovani, che sono invece più guidati da motivazioni egoistiche.

Tra le motivazioni di tipo altruistico, le più forti sono sicuramente quelle relative al senso del dovere e alle obbligazioni morali (Wymer, 1999; Narushima, 2005), all'instaurazione di un legame positivo con la comunità e la società (Narushima, 2005; Henkin e Zapf, 2006; McBride, 2006; Rozario, 2006), al sentirsi utili nell'aiutare persone in difficoltà (Burr Bradley, 1999; Wymer, 1999; Warburton et al., 2001; Nagchoudhur et al., 2005; Erlinghagen e Hank, 2006), alle precedenti esperienze dirette e indirette di volontariato (Kovacs e Black, 1999; Nagchoudhur et al., 2005) e all'opportunità di restituire quanto avuto dalla vita (McBride, 2006; Morrow-Howell, 2007).

D'altro canto, può sussistere anche una coesistenza delle dimensioni altruistica e egoistica nella partecipazione alla vita delle organizzazioni di volontariato, rendendo molto difficile una separazione netta tra le due (Kovacs e Black, 1999; Warburton et al., 2001). Esempi di queste motivazioni ambivalenti sono: la possibilità di migliorare le proprie relazioni sociali (Kovacs e Black, 1999; Wymer, 1999; Warburton et al., 2001; Mutchler et al., 2003; Steinberg e Cain, 2004; Warburton e Cordingley, 2004), il desiderio di essere attivi e di incrementare le proprie attività (Burr Bradley, 1999; Wymer, 1999; Steinberg e Cain, 2004; Warburton e Cordingley, 2004; Nagchoudhur et al., 2005; Narushima, 2005; McBride, 2006), il piacere e la soddisfazione derivanti dallo svolgere volontariato per un certo scopo (Warburton et al., 2001; Callow, 2004; Erlinghagen e Hank, 2006), la familiarità con l'organizzazione e la condivisione della sua mission (Kovacs e Black, 1999; Mutchler et al., 2003; Nagchoudhur et al., 2005; Narushima, 2005), l'aver più tempo libero da responsabilità (Burr Bradley, 1999; Narushima, 2005) e l'adeguamento alle proprie credenze religiose (Kovacs e Black, 1999; Steinberg e Cain, 2004).

Tuttavia, non è possibile escludere in certi casi una predominanza di motivazioni egoistiche tra quelle alla base del coinvolgimento degli anziani. In situazioni simili prevalgono motivazioni quali: gli interessi e le convinzioni personali (Burr Bradley, 1999; Narushima, 2005), il perseguimento dei traguardi personali e prospettive di vita privata (Burr Bradley, 1999), la crescita personale (Burr Bradley, 1999; Nagchoudhur, 2005), il desiderio di ottenere riconoscimento sociale per il lavoro svolto (Wymer, 1999), il sostegno della propria autostima (Narushima, 2005), la ricerca di una struttura o di senso di affiliazione (Kovacs e Black, 1999; Callow, 2004).

Nel confronto con i giovani, gli anziani sono meno orientati verso motivazioni che hanno a che fare con il mercato del lavoro (Steinberg e Cain, 2004; Morrow-Howell, 2007), con l'apprendimento di nuove capacità (Narushima, 2005; Morrow-Howell, 2007) e con il desiderio di auto-sviluppo (Narushima, 2005).

Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Andrea Principi e Giovanni Lamura, presso INRCA, Centro di Ricerca Socio-Economica e Modelli Assistenziali per l'Anziano, Via S. Margherita 5, 60124, Ancona, Italia.
Corrispondenza: Dr. Andrea Principi, tel. 0039-071-8004887; e-mail: a.principi@inrca.it

2.3 Barriere

Senza alcun dubbio, gli anziani sono una risorsa importante per la società nel mondo del volontariato, e sempre più diverranno protagonisti negli anni a venire. Tuttavia, è altrettanto evidente che il loro coinvolgimento in queste organizzazioni incontra diversi ostacoli. Le pratiche discriminatorie verso gli over 65 sono diffuse sotto varie forme, la più comune delle quali è quella basata sull'età (Baldock, 1999; Warburton e Cordingley, 2004; Warburton et al., 2007), per cui le generazioni più giovani hanno un accesso privilegiato al mondo del volontariato organizzato.

Altre pratiche e politiche discriminatorie riguardano stereotipi negativi legati all'invecchiamento (Warburton et al., 2001; Hinterlong e Williamson, 2006; Morrow-Howell, 2006), clima non rispettoso per l'anziano (Burr Bradley, 1999), campagne di reclutamento destinate esclusivamente a persone con molto tempo libero che penalizzano gli anziani che prestano aiuto informale in famiglia (McBride, 2006).

Altri tipi di barriere sono di carattere logistico, quali la scarsa accessibilità o disponibilità dei trasporti pubblici, che sono quelli più utilizzati dagli anziani (Burr Bradley, 1999; Warburton e Cordingley, 2004), o gli alti costi sostenuti per gli spostamenti (Warburton e Cordingley, 2004).

A livello psicologico si annoverano barriere come la mancanza di autostima (Warburton e Cordingley, 2004) e la scarsa propensione a collaborare con le organizzazioni per brevi periodi per paura di impegni troppo pressanti (Morrow-Howell, 2007). Gli anziani che non svolgono volontariato infatti, ritengono che un impegno in questo settore comporti la creazione di vincoli verso le organizzazioni, legami "eccessivi" che influenzerebbero negativamente la propria vita privata (Warburton et al., 2001). Non contribuiscono a superare questo stereotipo diffuso le strategie di comunicazione verso gli anziani. Esiste un problema profondo nei tentativi di coinvolgimento degli over 65, se è vero che le persone anziane non volontarie, alla domanda "perché non si dedica al volontariato?", solitamente rispondono "perché nessuno me lo ha chiesto" (Wymer, 1999; Rozario, 2006).

3. Tipi di attività e di organizzazioni

Nell'analisi della partecipazione della popolazione anziana alle attività di volontariato bisogna tenere conto naturalmente delle differenti tipologie di organizzazioni in cui gli over 65 si inseriscono. I volontari anziani sono principalmente impegnati nelle attività rivolte a individui in stato di bisogno (Narushima, 2005; Morrow-Howell, 2007), coerentemente con una dimensione principalmente altruistica delle motivazioni nell'accesso al volontariato.

A questo proposito, non sorprende che siano proprio le organizzazioni religiose a coinvolgere, in termini assoluti, il maggior numero di volontari anziani (Burr Bradley 1999; Warburton et al., 2001; Gottlieb, 2002; Warburton e Cordingley, 2004; Gonyea e Googins, 2006; Morrow-Howell, 2007).

In questo senso, gli anziani sono spesso impegnati nei servizi alla persona (Thompson e Wilson, 2001; Gottlieb, 2002; Narushima, 2005; Achenbaum, 2006), nei servizi sanitari (Kovacs e Black, 1999; Thompson e Wilson, 2001; Gottlieb, 2002) e nelle organizzazioni di servizi per la comunità (Warburton et al., 2001; Warburton e Cordingley, 2004).

Nell'ambito sociosanitario, gli anziani svolgono molto spesso volontariato in ospizi, ospedali, residenze sanitarie e case di riposo (Kovacs e Black, 1999; Omoto et al., 2000). Nonostante la già significativa presenza in questo ambito, si sottolinea la necessità di un aumento del numero di anziani che assistono anziani. Ciò, anche alla luce del fatto che la domanda assistenziale in questo settore crescerà in maniera esponenziale nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione: i servizi socio-assistenziali dovranno essere riorganizzati in base alle nuove esigenze e caratteristiche della popolazione, e la presenza di volontari anziani può contribuire a colmare un eventuale gap di risorse (Thompson e Wilson, 2001). Il fenomeno del volontariato intra-generazionale in età matura, suggerisce che tra gli anziani vi sia una più marcata sensibilità verso le necessità della propria generazione, verso le problematiche relative all'invecchiamento e anche verso il tema della morte (Omoto et al., 2000).

Nel contesto europeo, le nazioni con la maggiore prevalenza di volontari anziani sono la Svezia, i Paesi Bassi e la Germania, con una concentrazione di attività soprattutto nell'ambito ricreativo e culturale. Al contrario, in Paesi con una bassa prevalenza di anziani volontari, come la Spagna e l'Italia, gli anziani sono più impegnati nei servizi, quali ad esempio l'assistenza sociale (Erlinghagen e Hank, 2006).

Attività nelle quali gli anziani risultano sottorappresentati sono quelle che implicano impegni intensi ma di breve durata, come ad esempio quelli che comportano mobilità internazionale per la costruzione di infrastrutture, lo sviluppo di comunità nei Paesi sottosviluppati e la promozione dell'integrazione culturale e della tolleranza politica. Queste attività sono generalmente prerogative delle generazioni più giovani (Morrow-Howell, 2006). A questo proposito, le differenze osservate tra anziani e giovani trovano spiegazione nelle caratteristiche stesse dei volontari: i giovani sono più flessibili e orientati ad attività intense anche in località distanti, mentre i più anziani spesso sono coinvolti nella vita familiare e per questo sono meno flessibili (Morrow-Howell, 2006).

Nei prossimi anni, tuttavia, sono attesi dei considerevoli cambiamenti negli atteggiamenti e nelle scelte della componente anziana dei volontari: le nuove coorti di potenziali volontari anziani (più istruite e in salute delle attuali) tendono maggiormente ad interessarsi ad attività oggi considerate appannaggio dei giovani e ad essere meno influenzate dai vincoli religiosi (Warburton e Cordingley, 2004; Morrow-Howell, 2007).

4. Volontariato e mercato del lavoro

Il prolungamento della vita lavorativa ha conseguenze sull'impegno sociale degli anziani, che possono variare molto a seconda del Paese di riferimento. Il dibattito sulla questione è particolarmente avanzato negli Stati Uniti, mentre esistono evidenze piuttosto limitate negli altri Paesi.

Negli Stati Uniti il tasso di partecipazione al volontariato crolla all'uscita dal mercato del lavoro, un fatto questo che può essere spiegato con l'influenza positiva del lavoro sulla partecipazione in altri ambiti extra-lavorativi (Cutler e Hendricks, 2000): più l'anziano è attivo nel lavoro, più sentirà l'esigenza di rimanere attivo anche in altri contesti e di spendere tempo in altre forme di partecipazione sociale come il volontariato. Tuttavia, non tutti gli studiosi sembrano d'accordo con questa posizione: altri sostengono che lavoro e volontariato sono in competizione e solo dopo il pensionamento le persone possano disporre di più tempo da dedicare al volontariato (per il dibattito sulla questione cfr. Baldock, 1999; Thompson e Wilson, 2001).

Contrariamente agli Stati Uniti, in Europa il tasso di partecipazione al volontariato tra gli anziani ancora attivi sul mercato del lavoro è più basso che tra i pensionati. In prima istanza, questi risultati sembrerebbero supportare l'idea che la probabilità di impegnarsi nel volontariato sia maggiore dopo il pensionamento (Erlinghagen e Hank, 2006), tuttavia l'uso di dati trasversali anziché longitudinali non consente di trarre conclusioni troppo certe in tal senso. Si deve constatare, quindi, come la limitata letteratura sul tema abbia prodotto risultati ancora parziali, soprattutto a causa della mancanza di dati longitudinali che consentirebbero una migliore analisi della transizione lavoro-pensione (Mutchler et al., 2003).

In ambito internazionale si sono dunque costituite due distinte posizioni sulla relazione tra lavoro e volontariato. Da una parte (principalmente quella statunitense), si tende a sottolineare come il lavorare non sottragga tempo al volontariato in età anziana (Morrow-Howell, 2007), dal momento che gli adulti

impegnati sul lavoro svolgono più volontariato di coloro che sono già ritirati dal mercato (Wymer, 1999; Choi, 2003; Mutchler et al., 2003; Rozario, 2006; Morrow-Howell, 2007).

Dall'altra, alcuni studi evidenziano associazioni di tipo negativo tra lavoro e volontariato, cercando di dimostrare che il ruolo di volontario sia compresso dal prolungamento del lavoro retribuito (McBride, 2006). In Australia, ad esempio, alcuni studi suggeriscono che il decrescere degli impegni lavorativi favorisca l'aumento dell'impegno sociale in età anziana (Warburton e Cordingley, 2004), mentre in Canada il prepensionamento non volontario è considerato un fattore associato ad un incremento del volontariato (Gottlieb, 2002).

Si deve considerare, inoltre, come le donne anziane impegnate sia sul versante del lavoro che della cura familiare siano tendenzialmente meno disposte all'impegno sociale (Burr et al., 2005). Questo suggerisce che la combinazione di entrambi questi ruoli (lavoro e cura) abbia un effetto deleterio sulle varie forme di impegno sociale. Il lavoro part-time, d'altronde, è indicato in maniera unanime come la forma contrattuale più facilmente associata ad un maggior impegno sociale delle persone mature (Thompson e Wilson, 2001; Choi, 2003; Morrow-Howell, 2007): dal momento che in alcuni Paesi questa soluzione lavorativa si sta diffondendo a macchia d'olio a discapito della tipologia contrattuale a tempo pieno, l'impegno nel volontariato tra gli anziani potrebbe crescere ulteriormente (Morrow-Howell, 2007).

Un punto cruciale è capire il perché in alcune nazioni gli anziani svolgono più volontariato quando ancora lavorano. La principale ragione sembra essere il contatto con il mondo delle aziende (Morrow-Howell, 2006, 2007). Nel corso dell'ultimo decennio, numerosi programmi aziendali di volontariato per dipendenti sono emersi, per la diffusione della Responsabilità Sociale di Impresa. Gli studi in merito sono emblematici per spiegare come questi programmi possano accrescere e combinare il benessere di tutti i portatori di interesse: lavoratori volontari, datori di lavoro e comunità (Gonyea e Googins, 2006).

Come accennato, negli Stati Uniti il tasso di volontariato dopo il pensionamento decresce, suggerendo che l'uscita dal lavoro comporti un ridimensionamento della rete sociale e delle opportunità di volontariato delle persone (Gonyea e Googins, 2006; O'Neill, 2006). Pertanto, non si può ritenere che il volontariato sia da tutti percepito come parte di un ideale stile di vita post-pensionamento (Smith, 2004). Maggiori sforzi dovrebbero essere compiuti in questo senso per riconoscere e promuovere il ruolo dell'impegno sociale, modificando così le aspettative sul ruolo sociale degli anziani dopo il pensionamento (Hinterlong e Williamson, 2006).

Nel prossimo futuro, tuttavia, entreranno sempre più in gioco dei fattori macro-economici che potrebbero mettere a rischio le opportunità per gli over 65 di svolgere volontariato. La crisi dell'economia e del welfare potrebbe ridurre la possibilità di un loro impegno sociale, costringendo le persone a lavorare più tempo per rispondere ai propri bisogni (Rozario, 2006; Morrow-Howell, 2007).

5. Volontariato e attività di cura informale

Pochi studi hanno trattato l'associazione tra impegno di cura informale e coinvolgimento formale in attività di volontariato, suggerendo comunque una relazione negativa tra le due attività. Alcune ricerche negli Stati Uniti sostengono che il caregiving informale riduce le possibilità di partecipare ad altre attività produttive e sociali, e che l'impatto sulla partecipazione al volontariato dipende comunque dalla tipologia di caregiving e dal tempo ad esso dedicato (Burr et al., 2005).

Secondo questa visione "negativa", dal momento che secondo le previsioni la domanda di assistenza familiare informale crescerà nei prossimi anni, ciò avrà la conseguenza di ridurre ulteriormente le possibilità degli anziani di dedicarsi al volontariato (Morrow-Howell, 2007). Pertanto, una crescente domanda di caregiving potrebbe divenire una forte barriera per il futuro reclutamento di volontari anziani (O'Neill, 2006), e in particolar modo per gli individui a basso reddito (che potrebbero sperimentare maggiormente lo stress da caregiving non potendo ricorrere, per ristrettezze economiche, ad assistenza a pagamento - McBride, 2006) e per le donne che lavorano (Burr et al., 2005).

Al contrario, in Europa l'associazione tra caregiving e volontariato sembra risultare positiva, dal momento che i carers informali svolgono attività di volontariato più frequentemente rispetto ai non-carers (Erlinghagen e Hank, 2006). Le ragioni di una simile differenza tra contesto statunitense ed europeo non sono ancora state chiarite.

6. Best practices per un maggior coinvolgimento degli anziani nel mondo del volontariato

Gli Stati Uniti hanno investito nella promozione del volontariato in età anziana più che ogni altro Paese. La maggior parte delle best practices disponibili in letteratura vengono proprio dal contesto statunitense, mentre invece evidenze limitate sono ricavabili in ambito europeo.

I risultati delle ricerche condotte negli Stati Uniti segnalano che, se si vuole assicurare una maggior partecipazione degli anziani alla società civile, i governi devono perseguire politiche di lungo periodo, assicurando adeguati finanziamenti e investimenti. I tre principali programmi in questo ambito sono tutti coordinati da Senior Corps, un'organizzazione finanziata dal Governo Federale degli Stati Uniti, i quali nel complesso mobilitano più di un milione di anziani in attività di volontariato (Baldock, 1999; Thompson e Wilson, 2001; Warburton et al., 2001; Zedlewski e Schaner, 2005; Achenbaum, 2006; Martinson e Minkler, 2006; Morrow-Howell, 2006; O'Neill, 2006; Reilly, 2006; Zedlewski e Schaner, 2006): il Retired and Senior Volunteer Program (RSVP) fornisce servizi di assistenza, supporto alla vita indipendente, assistenza in materia fiscale, prevenzione del crimine e ristrutturazioni urbane; il Senior Companions Program (SCP) assicura supporto individualizzato ad anziani fragili che vivono al domicilio; il Foster Grandparents Program (FGP) coinvolge anziani di ogni classe sociale con attività di mentoring, tutoraggio e supporto psicologico a giovani delle fasce a rischio.

L'esperienza americana fa emergere anche l'importanza di una buona collaborazione tra le istituzioni pubbliche e private. Molte iniziative sono state infatti realizzate attraverso la cooperazione di istituzioni quali università (Henkin e Zapf, 2006; Morrow-Howell, 2006; Harlow-Rosentraub et al., 2007), fondazioni (Achenbaum, 2006), organizzazioni scientifiche e professionali (Van Ryzin, 2005; Cullinane, 2006; Endres e Holmes, 2006; Martinson e Minkler, 2006; Morrow-Howell, 2006; O'Neill, 2006; Reilly, 2006) e organizzazioni di pensionati (Rabiner, 2001; Thompson e Wilson, 2001; Henkin e Zapf, 2006).

Per quanto riguarda il reclutamento di volontari anziani in Europa, è molto importante il contributo fornito da AGE Platform, la principale federazione europea delle organizzazioni di anziani. AGE Platform ha suggerito alcune raccomandazioni sulla promozione del volontariato in età anziana (AGE, 2007): si tratta, ad esempio, di collaborazioni trasversali a livello europeo, come la conferenza "Volontari anziani in Europa" organizzata dalla European Network of Older Volunteer Organisations, che hanno inteso promuovere buone prassi e sviluppare nuove opportunità per volontari anziani (ENOVO, 2005; TraVeL AGENTS, 2007). Tuttavia, nella maggior parte dei casi queste iniziative avviate dalle organizzazioni della società civile non hanno trovato un coinvolgimento significativo da parte dei policy makers. Tra le poche iniziative europee degne di nota, si segnalano dei progetti attivati nei Paesi Bassi, ove associazioni di professionisti in pensione sono impegnate in progetti di cooperazione internazionale in Paesi in via di sviluppo (Baldock, 1999).

6.1 Formazione continua e aggiornamento

Un'altra sfida è rappresentata dal saper costruire modelli in grado di traslare le capacità professionali degli anziani in nuovi intenti civici (Freedman, 2002). Combinare le attività di formazione continua con l'impegno civile può costituire, infatti, un metodo efficace per assicurare investimenti in capitale umano lungo tutto il corso di vita, oltre che attrarre e mantenere attivi i volontari ultracinquantenni (Wilson et al., 2006).

Il principale obiettivo di simili iniziative dovrebbe essere quello di mantenere le abilità, i talenti e le energie dei giovani pensionati (Gonyea e Googins, 2006). Tuttavia, in alcuni casi il focus delle iniziative è sull'acquisizione di nuove competenze. Il Legacy Leadership Institute, per esempio, è un programma sperimentale dell'Università del Maryland che intende accompagnare le persone nella transizione dal lavoro all'impegno civico: il programma prevede formazione per volontari di oltre 50 anni finalizzata ad un loro contributo nella comunità locale (Wilson e Simson, 2003; Wilson et al., 2006; Harlow-Rosentraub et al., 2007).

Una partnership tra l'Università del Maryland e il progetto Lifelong Learning and Active Citizenship in Europe (LACE), finanziato dall'Unione Europea, ha adattato e sperimentato il modello della iniziativa Legacy nel contesto europeo. Grazie a questa cooperazione, tra il 2002 e il 2007 sono state realizzate iniziative pilota nei Paesi Bassi, in Germania e in Belgio (Harlow-Rosentraub et al., 2007).

Un altro interessante modello è quello del California Senior Leader Project, promosso dall'Università di Berkeley, la quale ha selezionato e formato 60 anziani che hanno svolto un significativo ruolo di leader all'interno delle organizzazioni non-profit locali (Romero e Minkler, 2005). Questi modelli rivelano che anche le università potrebbero rivestire un ruolo importante nel processo di attivazione sociale della popolazione anziana.

L'aspetto della formazione continua e dell'aggiornamento in età matura è importante anche alla luce del fatto che la maggioranza degli studiosi tende ad indicare un gap strutturale tra i ruoli attualmente disponibili nelle organizzazioni di volontariato e le abilità e le esperienze possedute dai potenziali volontari

anziani. Nonostante la necessità di reclutamento, la maggior parte delle organizzazioni di volontariato non sono preparate ad accogliere il crescente numero di volontari anziani (Narushima, 2005; Van Ryzin, 2005; Henkin e Zapf, 2006; McBride, 2006; O'Neill, 2006; Harlow-Rosentraub et al., 2007). Inoltre, le organizzazioni stanno diventando sempre più delle moderne imprese sociali: in mancanza di azioni correttive, questo trend potrebbe escludere o discriminare i molti volontari anziani che sono oggi impegnati in lavori manuali e non qualificati (Warburton e Cordingley, 2004).

6.2 Possibili strategie a favore di un maggiore coinvolgimento sociale degli anziani

Quanto alle misure e strategie che potrebbero migliorare l'incontro tra l'offerta e la domanda di volontari anziani, ne sono emerse alcune implementate dalle stesse organizzazioni, ed altre da istituzioni e policy makers, riguardanti in generale: campagne di reclutamento, incentivi economici, formazione, oltre che immagine e qualità del volontariato.

Riguardo le campagne di reclutamento, il passaparola sembra essere una delle strategie più efficaci (Gottlieb, 2002; McBride, 2006; Warburton et al., 2007). Questo implica che gli anziani stessi possano svolgere un ruolo fondamentale nella promozione del volontariato (Warburton et al., 2001). Altre strategie di reclutamento utilizzate sono il volantinaggio, l'invio di materiale informativo e gli annunci sui giornali (Thompson e Wilson, 2001). Inoltre, è stato dimostrato che gli anziani partecipano più volentieri al volontariato quando vengono reclutati interi gruppi di amici o familiari (Kovacs e Black, 1999) e quando vengono raggiunti da campagne di promozione che evidenziano i benefici che il ruolo di volontario può assicurare (Mutchler et al., 2003; Callow, 2004; Warburton e Cordingley, 2004; Warburton et al., 2007). Inoltre, al fine di garantire una consistente presenza di volontari anziani nelle organizzazioni, il reclutamento dovrebbe essere rivolto anche alle persone di mezza età che ancora lavorano (Mutchler et al., 2003; Warburton e Cordingley, 2004).

I policy makers dovrebbero aiutare le organizzazioni non-profit a migliorare le loro strategie di reclutamento dei volontari anziani. Questo potrebbe avvenire tramite la creazione di infrastrutture, quali ad esempio agenzie locali per il reclutamento e l'orientamento dei volontari anziani, come già avviene nei Paesi Bassi e in Germania (Baldock, 1999; Henkin e Zapf, 2006). Oppure, stimolando l'interesse pubblico verso il volontariato mediante campagne a livello nazionale (O'Neill, 2006) o incoraggiando gli adulti disoccupati a svolgere attività di volontariato oltre che ricorrere ai sussidi di disoccupazione (Warburton et al., 2007).

Le politiche basate sugli incentivi economici sembrano essere in grado di produrre buoni risultati: dal momento che le persone con basso reddito sono le meno propense ad impegnarsi socialmente, un minimo incentivo economico rivolto a questi soggetti può attrarre un consistente numero di anziani nel volontariato (Zedlewski e Schaner, 2005; Martinson e Minkler, 2006; O'Neill, 2006). Ciò potrebbe essere garantito sotto forma di rimborso spese, di sgravi fiscali per l'attività prestata, o, come in qualche caso statunitense, di voucher per le spese scolastiche dei nipoti (Thompson e Wilson, 2001; O'Neill, 2006).

Anche l'immagine del volontariato costituisce un elemento da implementare e su cui fare leva per favorire la partecipazione volontaria. Il reclutamento e il trattenimento degli anziani può essere favorito dalle organizzazioni sottolineando l'importanza del ruolo dei volontari, comunicando loro quanto il lavoro che svolgono sia centrale, e sviluppando iniziative che possano motivarli, come ad esempio manifestazioni e cerimonie che aumentino la visibilità del lavoro svolto (Smith, 2004; Warburton e Cordingley, 2004; Narushima, 2005). A questo proposito, un forte contributo dovrebbe venire dai governi stessi, attraverso lo sviluppo di una strategia nazionale per il volontariato con il supporto di tutte le forze politiche (Gomperts, 2006; O'Neill, 2006; Rozario, 2006; Warburton et al., 2007), nonché coinvolgendo personaggi pubblici di alto profilo (politici, attori o campioni sportivi) come testimonial e garanti del volontariato (Smith, 2004).

Sul piano della formazione individuale, i volontari anziani a volte possono richiedere un particolare investimento formativo e programmi di aggiornamento specifici (Gottlieb, 2002; Warburton e Cordingley, 2004; Warburton et al., 2007). Assicurare ai volontari anziani una formazione adeguata appare oggi come una priorità (Thompson e Wilson, 2001): in particolare, è necessario formare coloro che rivestiranno ruoli di coordinamento garantendogli la capacità di pianificare, sviluppare e implementare in autonomia le attività (Endres e Holmes, 2006). A questo scopo, i governi possono contribuire realizzando programmi formativi a livello nazionale e offrendo ai volontari anziani una certificazione delle capacità acquisite. Questi programmi dovrebbero riguardare anzitutto le strategie di reclutamento e di gestione delle risorse umane (Van Ryzin, 2005; Endres e Holmes, 2006; Gomperts, 2006; Henkin e Zapf, 2006).

La qualità del lavoro volontario è un'altra leva importante. Gli anziani solitamente preferiscono impegni abbastanza flessibili per poter essere in grado di dedicarsi anche ad altre attività, come ad esempio viaggi e hobby (Smith, 2004; Warburton e Cordingley, 2004; Van Ryzin, 2005; Hinterlong e Williamson, 2006; O'Neill, 2006; Warburton et al., 2007). In particolare, per gli anziani sembra importante stabilire legami con coloro che beneficiano direttamente dell'attività da loro svolta (Nagchoudhur et al., 2005; Narushima,

2005; Endres e Holmes, 2006), ma al tempo stesso sarebbe bene evitare che questi vengano esposti alle situazioni maggiormente rischiose e stressanti (Gottlieb, 2002). Inoltre, le attività di volontariato dovrebbero consentire, quando possibile, di stabilire legami intergenerazionali (Hinterlong e Williamson, 2006; Warburton et al., 2007).

Il modo dei governi di migliorare la qualità del lavoro volontario potrebbe essere quello di incoraggiare la collaborazione tra più organizzazioni (Van Ryzin, 2005; Henkin e Zapf, 2006), ma anche quello di favorire l'innovazione, diffondere idee e le buone prassi esistenti (Achenbaum, 2006; Gomperts, 2006).

7. Conclusioni

Alla luce di quanto emerso, il profilo tipico del volontario over 65 è quello di un anziano "giovane", sposato e in buona salute, con un elevato livello di istruzione e di status socio-economico. Tra le motivazioni che lo spingono a fare volontariato prevalgono quelle altruistiche, sebbene sia stato sottolineato che l'aiutare gli altri non possa essere considerata una ragione esclusivamente altruistica (Petriwskyj e Warburton, 2007).

I volontari anziani sono presenti soprattutto nelle organizzazioni religiose e attivi nei servizi alla persona, almeno per quanto riguarda l'Europa Meridionale (Leonard e Johansson, 2008), dove si impegnano in genere per lunghi periodi di tempo. I principali ostacoli alla loro partecipazione sono costituiti da pratiche discriminatorie legate all'età, che impediscono a molti anziani di diventare o restare volontari.

La relazione tra volontariato e lavoro è positiva negli Stati Uniti, dove sono attivi numerosi programmi di volontariato per dipendenti ad opera delle aziende nell'ambito della Responsabilità Sociale d'Impresa. Nel contesto europeo, invece, sono disponibili scarse evidenze sull'argomento, sebbene in Europa la percentuale di anziani sul totale della popolazione sia superiore che negli Stati Uniti. Altrettanto limitate sono le evidenze sulla relazione tra volontariato e attività di cura informali, anche se questa sembra positiva in Europa e negativa negli altri contesti.

Per spiegare le differenze esistenti tra i vari Paesi (europei e non) nell'ambito del reclutamento degli anziani, è anche possibile riferirsi ai diversi regimi di welfare esistenti (Warburton e Jeppsson-Grassman, in press), ma in ogni caso i Paesi europei potrebbero sicuramente avvantaggiarsi maggiormente delle esperienze sviluppate in altri continenti, come del resto sta accadendo nel caso del programma Retired and Senior Volunteer Program (nato negli Stati Uniti ed ora presente anche nel Regno Unito) e del progetto Legacy Leadership Institute, esportato dagli Stati Uniti nei Paesi Bassi, in Germania e in Belgio (Harlow-Rosentraub et al., 2007). La carenza di informazioni sull'argomento in Europa mostra quanto siano urgenti e necessari ulteriori studi comparativi per verificare quanto e come le esperienze extraeuropee possano essere compatibili con il contesto europeo.

Bibliografia

- Achenbaum W.A. (2006). A history of civic engagement of older people. *Generations* 30:18-23
- AGE (2007). Healthy Ageing (good practice examples, recommendations, policy actions). The European Older People's Platform.
- Baldock C.V. (1999). Seniors as volunteers: an international perspective on policy. *Ageing Soc* 19:581-602
- Bath P.A. e Deeg D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section. *Eur J Ageing* 2:24-30
- Burr Bradley D. (1999). A reason to rise each morning: the meaning of volunteering in the lives of older adults. *Generations* 23:45-50
- Burr J.A., Choi N.G., Mutchler J.E., e Caro, F. G (2005). Caregiving and Volunteering: are private and public helping behaviors linked? *J Gerontol Soc Sci* 60B:247-256
- Callow M. (2004). Identifying promotional appeals for targeting potential volunteers: an exploratory study on volunteering motives among retirees. *Int J Nonprofit Volunt Sect Mark* 9:261-274
- Choi L.H. (2003). Factors affecting volunteerism among older adults. *J Appl Gerontol* 22:179-196
- Cullinane P. (2006). Promoting purposeful lives for greater good: civic engagement programs of aging organisations. *Generations* 30:109-111
- Cutler S.J. e Hendricks J. (2000) Age differences in voluntary association memberships: fact or artifacts. *J Gerontol Soc Sci* 55B:98-107

- Droogleever Furtuijn J., van der Meer M., Burholt V., Ferring, D., Quattrini, S., Rahm Hallberg, I., Weber, G., e Wenger, G.C. (2006). The activity patterns of older adults: a cross-sectional study in six European countries. *Popul Space Place* 12:353-369
- Endres T. e Holmes C.A. (2006). RespectAbility in America: guiding principles for civic engagement among adults 55-plus. *Generations* 30:101-108
- ENVOVO (2005) The older volunteer in Europe conference. In: The European Network of Older Volunteer Organisation
- Erlinghagen M. e Hank K. (2006). The participation of older European in volunteer work. *Ageing Soc* 26:567-584
- Freedman M. (2002). Civic windfall? Realizing the promise in an aging America. *Generations* 26:86-89
- Glaser B.G. e Strauss A.L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for Qualitative research. Aldine Publishing, Chicago
- Gomperts J.S. (2006). Toward a bold new policy agenda: five ideas to advance civic engagement opportunities for older Americans. *Generations* 30:85-89
- Gonyea J.G. e Googins B.K. (2006). Expanding the boundaries of corporate volunteerism: tapping the skills, talent and energy of retirees. *Generations* 30:78-84
- Gottlieb B. (2002). Older volunteers: a precious resource under pressure. *Can J Aging* 21:5-9
- Hao Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults. *J Gerontol Soc Sci* 63B:64-72
- Harlow-Rosentraub K., Wilson L.B. e Steele J. (2007). Volunteering, lifelong learning, and community cohesion: an evaluation model of a national demonstration project. *J Vol Action* 8 (1)
- Henkin N. e Zapf J. (2006). How communities can promote civic engagement of people age 50-plus. *Generations* 30:72-77
- Herzog A.R., Ofstedal M.B. e Wheeler L.M. (2002). Social engagement and its relationship to health. *Clin Geriatr Med* 18:593-609
- Hinterlong J.E. e Williamson A. (2006). The effects of civic engagement of current and future cohorts of older adults. *Generations* 30:10-17
- ISTAT (2008). La vita quotidiana nel 2007. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- Kovacs P.J. e Black B. (1999). Volunteerism and older adults: implications for social work practice. *J Gerontol Soc Work* 32:25-37
- Leonard R. e Johansson S. (2008). Policy and practices relating to the active engagement of older people in the community: a comparison of Sweden and Australia. *Int J Soc Welf* 17:37-45
- Martinson M. e Minkler M. (2006). Civic engagement and older adults: a critical perspective. *Gerontologist* 46:318-324
- Martinson M. (2006). Opportunities or obligations? Civic engagement and older adult. *Generations* 30:59-65
- McBride A.M. (2006). Civic engagement, older adults and inclusion. *Generations* 30:66-71
- Mendes de Leon C.F. (2005). Social engagement and successful aging. *Eur J Ageing* 2:64-66
- Morrow-Howell N. (2006). Civic service across the life course. *Generations* 30:37-42
- Morrow-Howell N. (2007). A longer worklife: the new road to volunteering. *Generations* 31:63-67
- Mutchler J.E., Burr J.A. e Caro F.G. (2003). From paid worker to volunteer: leaving the paid workforce and volunteering in later life. *Soc Forces* 81:1267-1293
- Nagchoudhuri M., McBride A.M., Thirupathy P., Tang, F., e Morrow-Howell, N. (2005). Maximizing elder service: incentives, access, and facilitation. *Int J Vol Admin* 22:11-14
- Narushima M. (2005). 'Payback time': community volunteering among older adults as a transformative mechanism. *Ageing Soc* 25:567-584
- O'Neill G. (2006). Civic engagement on the agenda at the 2005 White House Conference on aging. *Generations* 30:95-100
- Okun M.A. e Michel J. (2006). Sense of Community and being a volunteer among the young-old. *J Appl Gerontol* 25:173-188

- Omoto A.M., Snyder M. e Martino S.C. (2000). Volunteerism and the life course: investigating age-related agendas for actions. *Basic Appl Soc Psych* 22:181-197
- Petriwskyj A.M. e Warburton J. (2007). Motivations and barriers to volunteering by seniors: a critical review of the literature. *Int J Vol Admin* 24:3-25.
- Rabiner D.J. (2001). The new senior volunteer: a bold initiative to expand the supply of independent living services to older adults. *Home Health Care Serv Q* 20:17-45
- Reilly S.L. (2006). Transforming aging: the civic engagement of adults 55+. *Public Policy Aging Rep* 16:1-8
- Romero L. e Minkler M. (2005). Gold in grey: senior volunteer leaders as an untapped public health resource. *Generations* 29:36-40
- Rozario P.A. (2006). Volunteering among current cohorts of older adults and baby boomers. *Generations* 30:31-36
- Smith D.B. (2004). Volunteering in retirement: perceptions of midlife workers. *Nonprofit Volunt Sect Q* 33:55-73
- Steinberg M. e Cain L. (2004). Managing an ageing third sector workforce: international and local perspectives. *Third Sect Rev* 10:7-26
- Thompson E. e Wilson L. (2001). The potential of older volunteers in long-term care. *Generations* 25:58-63
- TraVeL AGEnts (2007). Travelling, Volunteering and Learning opportunities for over 55 year-olds. Newsletter trimestrale del network "Over 55s without frontiers", www.ancehellas.org/LinkClick.aspx?fileticket=Gt9yp0SFKyc%3d&tabid=147
- Van Ryzin J. (2005). Golden opportunities: are America's service organizations ready for the boomers?. *Innovations in Aging* 34:10-14
- Warburton J. e Cordingley S. (2004). The contemporary challenges of volunteering in an ageing Australia. *Aus J Vol* 9(2):67-74
- Warburton J. e Jeppsson-Grassman E. (unpublished manuscript). Variations in older people's social and productive ageing activities across different social welfare regimes.
- Warburton J., Paynter J. e Petriwksyj A. (2007). Volunteering as a productive aging activity: incentives and barriers to volunteering by Australian seniors. *J Appl Gerontol* 26:333-354
- Warburton J., Terry D.J., Rosenman L.S., e Shapiro, M. (2001). Differences between older volunteers and non volunteers: attitudinal, normative, and control beliefs. *Res Aging* 23:586-605
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annu Rev Sociol*, 26, 215-240.
- Wilson L.B., Harlow-Rosentraub K., Manning T., Simson, S., e Steele, J. (2006). Civic engagement and lifelong learning. *Generations* 30:90-94
- Wilson L.B. e Simson S. (2003). Combining lifelong learning with civic engagement: a university-based model. *Gerontol Geriatr Educ* 24:47-6
- Wymer W.W. (1999). Understanding volunteer markets: the case of senior volunteers. *J Nonprofit Volunt Sect Mark* 6:1-23
- Zautra A.J., Hamilton N. e Yocum D. (2000). Patterns of positive social engagement among women with rheumatoid arthritis. *Occup Ther J Res* 20:21-40
- Zedlewski S. e Schaner S. (2005). Older adults' engagement should be recognized and encouraged. *Perspectives on Productive Aging* 1:1-5
- Zedlewski S. e Schaner S. (2006). Older adults engaged as volunteers. *Perspectives on Productive Aging* 5:1-7

Diseguaglianze digitali: l'età nel modello di accesso e uso delle ICT in Italia

di Chiara Fiorelli e Francesco Pirone | 10 Marzo 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

1. Società in rete, invecchiamento demografico e diseguaglianze digitali

Nella teoria sociale contemporanea l'innovazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), pur all'interno di approcci teorici differenti, viene considerata tra i principali fattori esplicativi dei mutamenti che emergono nelle forme della socialità e dell'organizzazione socio-istituzionale (Kumar, 2000).

La tecnologia, tuttavia, non determina le forme della socialità, ma allo stesso tempo i processi sociali d'innovazione non possono prescindere dalla tecnologia data in certo momento. Diversi fattori di ordine istituzionale, culturale ed economico intervengono nei processi di scoperta scientifica, d'innovazione e nelle applicazioni sociali delle tecnologie, cosicché il risultato finale dipende da un complesso schema d'interazione in cui la società incarna le tecnologie ed attraverso il loro uso produce innovazione sociale, sia sperimentando diversi utilizzi delle tecnologie date, sia attraverso l'introduzione di nuove tecnologie che diventano poi la base di inedite pratiche sociali.

Premesso questo schema interpretativo del rapporto tra tecnologia e società, nel corso dell'ultimo decennio è stato registrato un rapido sviluppo delle ICT, basate sul linguaggio e le interfacce digitali (Negroponte, 1995), che ne hanno incentivato una rapida e pervasiva diffusione nelle pratiche della vita quotidiana, alimentando una profonda trasformazione dei processi comunicativi e dell'interazione sociale (Meyrowitz, 1993; De Kerckhove, 1991).

Questi fenomeni, secondo l'autorevole analisi di Manuel Castells (1996), rappresentano la manifestazione di trasformazioni strutturali della società contemporanea che, iniziate già negli anni Settanta, si fondano su un nuovo paradigma tecnologico il cui sviluppo ha segnato una discontinuità nelle basi materiali dell'economia, della società e della cultura. In particolare in concomitanza dello sviluppo della "galassia internet" (Id, 2002) si è costituito un paradigma socio-tecnico su cui si fonda la network society e il capitalismo informazionale. Schematizzando il pensiero di Castells, internet ha reso disponibili nuovi supporti tecnologici per l'interazione sociale che hanno permesso una crescita della comunicazione a distanza in un flusso reticolare e diffuso (la comunicazione "da molti a molti"), sempre più indipendente dalla prossimità spaziale. Ciò ha comportato l'affermazione del network come forma organizzativa prevalente e lo sviluppo di "comunità di scelta" (costituite da reti di legami selettivi secondo gli interessi e i valori di ciascun membro), basate su quello che l'autore chiama "l'individualismo in rete".

Contestualmente all'emergere della società in rete, però, si osserva che le possibilità di accesso e le capacità d'uso delle nuove tecnologie digitali per la comunicazione – in particolare del personale computer e delle reti telematiche – non si distribuiscono equamente nella popolazione. In altri termini emerge una nuova dimensione della segmentazione sociale che s'intreccia con le tradizionali diseguaglianze, la cui rilevanza è direttamente associata all'incidenza che le ICT acquistano nei processi di produzione e riproduzione sociale. Questo fenomeno è stato identificato come l'espressione "divario digitale" (Norris, 2001).

Dalla ricerca più recente³ emerge che nonostante risulti tuttora cruciale la questione del divario digitale inteso come mero accesso alla rete e come possesso ed uso del computer, diventano sempre più rilevanti – soprattutto quando si considerano i livelli di diseguaglianza all'interno dei paesi economicamente più sviluppati, tra cui l'Italia – le diseguaglianze di competenza nell'utilizzo efficace delle ICT e di internet in particolare. È vero, come scrive Castells, che l'accesso "è un prerequisito per superare la diseguaglianza in una società le cui funzioni e i gruppi sociali dominanti sono sempre più organizzati intorno a internet" (2002, p. 232), ma il semplice accesso non dà conto della complessità delle diseguaglianze associate all'introduzione delle tecnologie digitali in quanto è anche nelle modalità di utilizzo delle ICT che esse si manifestano.

La letteratura che si focalizza sull'uso delle ICT adotta l'espressione "diseguaglianze digitali" (digital inequalities in alternativa al digital divide) (Di Maggio e Hargittai 2001; Di Maggio et al. 2003). In questo approccio il divario digitale è considerato un concetto gerarchico che supera la definizione basata sulla presenza/assenza di accesso alle tecnologie, per giungere ad una definizione che individua diversi gradi d'inclusione nei flussi informativi in base alla capacità di manipolazione dei dispositivi tecnologici (hardware e software) e delle risorse (perlopiù immateriali) veicolate dalle reti telematiche⁴. Tale approccio risulta particolarmente adatto a cogliere le relazioni tra le diseguaglianze sociali tradizionali e le diseguaglianze nelle modalità di utilizzo delle ICT, anche in relazione alla capacità di individuare le barriere di accesso di natura socio-tecnica, differenziate in base alle variabili di stratificazione sociale tra cui l'età (Jones e Fox, 2009).

È proprio sul rapporto tra età e uso delle ICT – in particolare del personal computer e della rete internet – che si sofferma questo saggio. Le statistiche evidenziano che nei paesi sviluppati (tra questi l'Italia) in corrispondenza delle classi d'età più anziane l'uso delle ICT risulta meno frequente e più povero, con importanti differenze però in relazione ad altre variabili di stratificazione sociale, quali ad esempio il titolo di studio, il sesso e la professione. Questa osservazione risulta di grande rilievo se si considera la tendenza di lungo periodo all'invecchiamento demografico delle società occidentali e in particolare dell'Italia che presenta tra i più elevati tassi d'invecchiamento al mondo. In altri termini, in Italia si osserva che mentre la distribuzione per età della popolazione tende a sbilanciarsi progressivamente verso le classi d'età più elevate, queste ultime presentano una maggiore inerzia nell'adozione e nell'uso delle ICT. Ciò spiega la rilevanza dello studio del rapporto tra l'età, le generazioni e l'uso delle tecnologie digitali, soprattutto alla luce delle analisi sociologiche richiamate sopra che evidenziano la centralità delle reti telematiche nella strutturazione delle società contemporanea con l'emergere di nuovi rischi di esclusione sociale connessi alle diseguaglianze digitali.

Il saggio presenta prima un quadro statistico descrittivo delle differenze di accesso e delle capacità d'uso del computer e di internet tra i diversi gruppi d'età in Italia. Successivamente saranno presentati e discussi i risultati di una survey relativa ai fattori che incidono sull'uso del computer tra le persone adulte e anziane (con 50 anni ed oltre). A partire da queste analisi, in conclusione, saranno discusse alcune tesi relative alla riproduzione delle diseguaglianze digitali, con particolare attenzione all'incidenza del fattore età.

2. Diseguaglianze digitali associate all'età in Italia

2.1. Le diseguaglianze per età nell'uso del personal computer e di internet

L'Italia ha accumulato nel corso degli ultimi decenni un significativo divario digitale nei confronti degli altri paesi ad economia avanzata, dovuto perlopiù ad una posizione periferica nei processi di sviluppo delle infrastrutture tecnologiche su cui si fonda il capitalismo informazionale. Il divario digitale si esprime soprattutto in un modello distorto della dotazione delle ICT⁵ e ad una più ridotta partecipazione degli individui e delle imprese ai flussi informativi legati allo sviluppo delle reti telematiche.

Le statistiche più aggiornate (ISTAT, 2009) registrano che in Italia il 54,3% delle famiglie possiede un PC, mentre solo il 47,3% ha un accesso ad internet, percentuale che scende ancora più in basso se si considera la connessione alla banda larga che riguarda il 34,5% delle famiglie italiane.

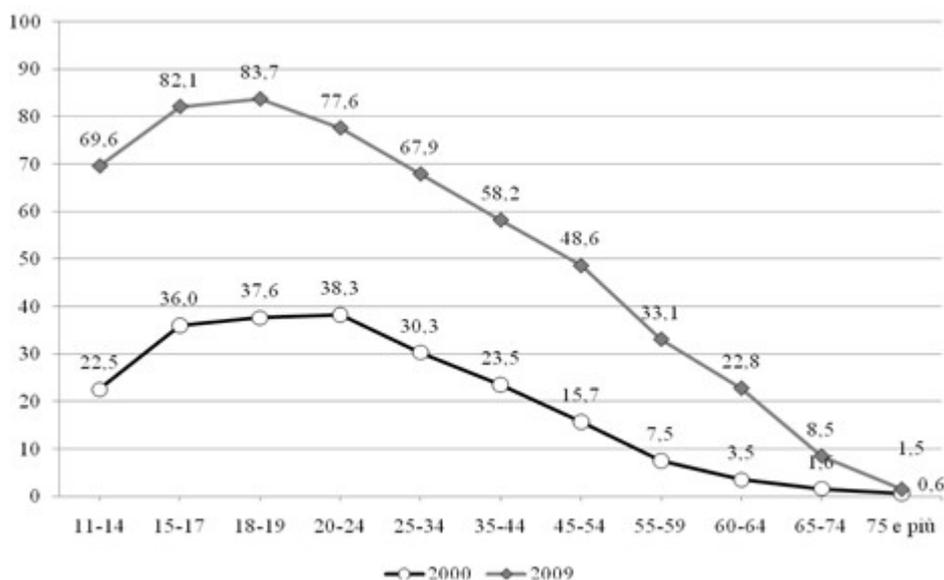
Utilizzando la stessa fonte di dati, ma passando alle statistiche relative alle differenze tra i paesi dell'Unione Europea nell'accesso ad internet, si evidenzia chiaramente il ritardo dell'Italia nell'adozione di tale tecnologia: in riferimento alla percentuale di famiglie con almeno un componente tra i 16 e i 64 anni che possiede un accesso ad internet da casa, l'Italia rispetto ai 25 paesi della Comunità europea per i quali sono disponibili i dati aggiornati risulta collocata al ventunesimo posto, con un tasso di penetrazione del 53% rispetto alla media europea del 65%. Vicini all'Italia troviamo paesi come Cipro (53%) e Repubblica Ceca (54%), mentre in testa alla graduatoria ci sono paesi quali Olanda (90%), Svezia (86%) e Danimarca (83%). Considerando un altro indicatore rilevante per misurare il divario digitale, vale a dire il possesso dell'accesso ad internet mediante banda larga, si osserva un ritardo ancora più marcato: l'Italia, infatti, si colloca al ventiduesimo posto, quasi in fondo alla graduatoria, con un tasso di penetrazione del 39% rispetto alla media europea del 56%. Valori vicini a quello dell'Italia si riscontrano per la Slovacchia (42%), la Grecia (33%), la Bulgaria (26%) e la Romania (24%), mentre ancora Svezia (80%), Olanda (77%) e Danimarca (76%) registrano un tasso di penetrazione quasi doppio.

Le statistiche relative all'incidenza percentuale delle persone che accedono ad internet per classi d'età rilevano che l'uso di internet riguarda soprattutto i gruppi d'età giovanili e che all'aumentare degli anni, la quota degli utenti di internet tende ad essere sempre più ridotta (Figura 1). I dati relativi al 2009 per la popolazione con 11 anni ed oltre, evidenziano un picco di utilizzatori tra i 18-19 anni dell'83,7%; nelle classi d'età successive la quota di persone che accede ad internet scende progressivamente attestandosi sotto il 50% tra i 45 e i 54 anni (meno di una persona su due accede ad internet), per poi decrescere più intensamente nelle classi d'età successive fino a valori molto bassi oltre i 75 anni (1,5%).

I dati della figura 1, d'altra parte, permettono anche uno sguardo diacronico mettendo a confronto le statistiche più aggiornate del 2009 con quelle relative al 2000. Si osserva chiaramente che durante gli anni Duemila c'è stata una dinamica progressiva di espansione degli utenti di internet (anche se non paragonabile a quella che si è registrata in altri paesi europei). La crescita ha riguardato, con intensità diversa, tutti i gruppi d'età, come si dimostra graficamente dallo spostamento verso l'alto della curva relativa al 2009 rispetto a quella del 2000. Si osserva, però, che le due curve mantengono una forma simile e ciò è indicativo del fatto che l'incidenza degli utenti di internet tende ad essere in entrambe le rilevazioni più elevata nelle classi d'età giovanili e progressivamente più bassa al crescere dell'età.

Per comprendere le variazioni tendenziali che si osservano tra le due rilevazioni, è opportuno considerare che, da una parte, si affievolisce l'effetto coorte, vale a dire che i gruppi d'età che non hanno avuto una socializzazione digitale e che nel corso della loro vita (professionale e privata) sono stati esposti in maniera marginale all'uso delle ICT, tendono a ridurre la loro incidenza sulla popolazione e a concentrarsi nelle classi d'età più anziane, mentre acquistano maggiore rilevanza, soprattutto nelle classi d'età giovanili, i "nativi digitali" (Gasser e Palfrey, 2008), vale a dire le coorti che fin dalla prima socializzazione hanno manipolato tecnologie digitali. D'altra parte, però, persiste una differenza tra i gruppi d'età nell'uso di internet, dovuti alle differenti propensioni ad avvicinarsi alle nuove ICT e a seguire gli sviluppi della tecnologia in funzione dell'invecchiamento individuale (Vandenplas Holper, 2000). Ciò può essere ricondotto ad un effetto età la cui incidenza emerge dalla persistenza della forma che la distribuzione conserva le due rilevazioni.

Figura 1: Percentuale di persone che hanno utilizzato internet nel corso dell'anno, per classi d'età in Italia. Valori percentuali, anni 2000 e 2009



Fonte: ISTAT (2002; 2009), nostra elaborazione.

L'esclusione digitale di una quota rilevante delle persone mature è un fenomeno allarmante soprattutto per l'Italia dove l'invecchiamento della popolazione è molto accentuato. Le statistiche relative all'ultimo decennio riportate nella Tabella 1 mettono a confronto la distribuzione per classi d'età della popolazione e quella delle persone che accedono ad internet nel 2000 e poi nel 2009. I dati evidenziano che la quota della popolazione che è cresciuta di più (in termini assoluti e percentuali) è quella delle persone con 65 anni ed oltre (+17%, pari a circa 1,8 milioni), mentre tra gli individui che accedono ad internet questa classe d'età rappresenta ancora una percentuale molto limitata (2,5% del totale nel 2009), la cui crescita che in termini relativi corrisponde ad una quadruplicazione, in termini assoluti (circa 495 mila utenti in più con oltre 65 anni) è tra quella di gran lunga più modesta.

Tabella 1: Popolazione residente e persone che accedono ad internet per classi d'età in Italia. Anni 2000 e 2009

Classi d'età (anni)	Popolazione (a)			Persone che accedo ad internet (b)		
	2000	2009	Var. 2000-2009	2000	2009	Var. 2000-2009
<i>Valori assoluti (n)</i>						
11-24	8.990.901	8.325.164	-665.737	3.042.436	6.435.349	3.392.913
25-44	17.428.307	17.720.511	292.204	4.710.209	11.083.737	6.373.527
45-64	14.270.035	15.702.121	1.432.086	1.550.366	6.137.643	4.587.277
65 e più	10.310.206	12.082.019	1.771.813	120.237	615.674	495.437
Totale	50.999.449	53.829.815	2.830.366	9.423.249	24.272.403	14.849.154
<i>Valori percentuali (%)</i>						
11-24	17,6	15,5	-7,4	32,3	26,5	111,5
25-44	34,2	32,9	1,7	50,0	45,7	135,3
45-64	28,0	29,2	10,0	16,5	25,3	295,9
65 e più	20,2	22,4	17,2	1,3	2,5	412,0
Totale	100,0	100,0	5,5	100,0	100,0	157,6

Fonte: (a) ISTAT, Bilancio demografico, anni 2000 e 2009; (b) ISTAT (2002; 2009), nostra elaborazione.

I dati presentati evidenziano per l'Italia l'esistenza di un significativo divario digitale per classi d'età che, limitatamente agli andamenti dell'ultimo decennio, non sembra essersi attenuato – come pure vorrebbe l'ipotesi della normalizzazione⁶ – ma che anzi sembra assumere maggiore rilevanza in considerazione della portata dell'invecchiamento della popolazione.

Chiara Fiorelli: Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica, Università di Salerno, chiarafirelli@yahoo.it
 Francesco Pirone: Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica, Università di Salerno, fpirone@unisa.it

Il saggio è frutto di un lavoro comune dei due autori, tuttavia, Chiara Fiorelli ha curato la redazione del paragrafo 3, mentre Francesco Pirone quella dei paragrafi 1, 2; la stesura del paragrafo 4 è stata realizzata congiuntamente.
 3 Dell'ampia bibliografia esistente si rimanda in particolare ai saggi di Norris (2001) e di Warschauer (2004) e per il caso italiano a quelli di Sartori (2006) e Bentivegna (2009).
 4 Secondo Di Maggio e Hargittai (2001) gli indicatori di disuguaglianza nell'utilizzo della rete sono principalmente cinque: la qualità dei mezzi tecnici a disposizione; la competenza e le capacità digitali; il sostegno di reti sociali; l'autonomia di uso; la varietà di usi.
 5 Si pensi in particolare allo sviluppo intenso e precoce della telefonia mobile e al ritardo con cui, invece, si è diffuso l'accesso ad internet e le inerzie che ancora oggi ci sono nell'adozione della banda larga.
 6 L'ipotesi della normalizzazione prevede un progressivo livellamento delle differenze in termini di accesso man mano che l'innovazione tecnologica permetterà minori costi, interfacce più semplici, espansione dei contenuti d'intrattenimento e rapidi effetti di rete. Le disuguaglianze nell'accesso sono pertanto considerate di natura temporanea e quindi saranno progressivamente colmate.

2.2. Le differenze d'uso di internet per le coorti più anziane

All'interno della popolazione con 50 anni ed oltre, la quota che utilizza le nuove tecnologie digitali è molto ridotta; a ciò si aggiunge che tra quelli che le utilizzano sono più diffusi modelli d'uso più semplici rispetto a quelli sviluppati dal resto della popolazione più giovane. Le statistiche disponibili sull'uso del computer e di internet evidenziano che le attività che prevedono un più elevato livello di competenza nel manipolare le tecnologie (hardware e software) hanno una frequenza più bassa tra le persone avanti con gli anni. In altri termini oltre al divario nell'accesso, emergono anche significative disuguaglianze relative alla qualità e, presumibilmente, all'efficacia dell'uso delle ICT, in particolare di internet.

Le statistiche più aggiornate relative all'uso del computer rilevano la percentuale di persone che sanno fare alcune operazioni con il PC (Tabella 2). Le operazioni su cui vengono raccolti dati statistici sono: (a) connessione e installazione di periferiche; (b) copia e movimento di file o cartelle; (c) l'uso di copia/incolla in un documento; (d) usare formule aritmetiche in un foglio elettronico; (e) comprimere file; (f) utilizzare un linguaggio di programmazione. Rispetto a queste sei attività si rileva che sopra la soglia dei 55 anni la percentuale di persone che si dichiara capace di svolgerle è sempre inferiore alla media relativa all'intera popolazione.

Tabella 2: Persone che hanno usato il PC negli ultimi 12 mesi per operazioni relative all'uso del PC che sanno effettuare, per classi di età in Italia. Anno 2009, valori percentuali

Classi d'età (anni)	Operazioni che sanno effettuare con il PC					
	Connettere e installare periferiche (stampanti, modem, ecc.)	Copiare o muovere un file o una cartella	Usare copia e incolla per copiare o muovere informazioni all'interno di un documento	Usare formule aritmetiche di base in un foglio elettronico (Excel, ecc.)	Comprimere (o zippare) file	Scrivere un programma per computer utilizzando un linguaggio di programmazione
55-59	49,3	84,8	83,0	51,0	44,9	13,0
60-64	52,1	83,8	80,2	50,4	42,9	11,8
65-74	44,4	75,0	71,8	38,8	38,4	9,7
75 e più	39,0	68,9	64,5	25,2	20,8	4,8
Totale	58,9	86,0	85,2	56,4	52,1	15,6

Fonte: ISTAT (2009), nostra elaborazione.

Risultati analoghi si osservano anche nell'uso di internet, con scarti maggiori per le operazioni più sofisticate (Tabella 3): se la distanza tra i gruppi d'età maturi e la media relativa alla popolazione è ridotta per attività quali l'uso di un motore di ricerca e l'invio di e-mail con allegati, per tutte le altre attività la distanza tra i diversi gruppi d'età diventa più significativa.

Tabella 3: Competenza nell'uso di internet: percentuale di individui che hanno usato internet per tipo di attività in Italia. Anno 2009, valori percentuali

Attività che hanno saputo svolgere in internet	Totale	Classi d'età (anni)		
		45-54	55-64	65-74
Usare un motore di ricerca per trovare informazioni	95	95	92	90
Inviare una e-mail con file allegati	88	87	84	82
Inviare messaggi a chat room, newsgroup, forum online	57	42	35	24
Proteggere il computer da virus, spyware e adware	45	38	37	35
Trovare, scaricare e installare il software	44	36	27	24
Usato peer-to-peer per scambiare film, musica, ecc.	30	17	11	7
Utilizzare Internet per effettuare telefonate	30	24	20	14
Creare una pagina web	22	17	15	11

Fonte: ISTAT (2009), nostra elaborazione.

Il diverso livello di accesso e la differente abilità nell'utilizzo delle tecnologie digitali legate all'età vanno ricondotte ad altre variabili di stratificazione sociale in quanto si osserva che all'interno degli stessi gruppi d'età esistono profonde differenze in base al titolo di studio, alla condizione professionale, al sesso e all'area di residenza.

Sulla misura in cui le disuguaglianze sociali tradizionali si riproducono sul divario digitale e sui differenti usi delle ICT che fanno le persone avanti con gli anni si sofferma il paragrafo successivo che presenta i risultati di un'indagine empirica quantitativa relativa ai fattori che incidono sull'uso del computer.

3. Una ricerca sui fattori di disuguaglianza nell'uso delle ICT tra gli over 50

3.1. Il disegno della ricerca

La ricerca parte dall'evidenza statistica che l'accesso e l'uso delle ICT – in particolare il PC ed internet – è meno frequente con l'avanzare dell'età. La letteratura, facendo ricorso alla combinazione dell'effetto età e dell'effetto coorte, spiega come con l'avanzare dell'età il rapporto con le ICT diventa problematico per l'inadeguatezza della socializzazione tecnologica e per il sopraggiungere di alcune limitazioni psico-fisico legate all'invecchiamento individuale. Queste limitazioni, tuttavia, operano in maniera molto differenziata sulla popolazione, lungo il processo d'invecchiamento, in relazione a variabili individuali e contestuali. Su quali sono i fattori che influiscono su tale processo e la misura della loro incidenza si focalizza la survey di cui di seguito si presentano i risultati, condotta nel settembre 2006 presso le strutture del Laboratorio CATI del Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica dell'Università di Salerno (Pirone et al., 2008).

L'obiettivo principale dell'indagine è stato quello di approfondire la conoscenza delle dinamiche d'accesso e di uso delle ICT nella popolazione adulta e anziana con particolare attenzione alle interrelazioni esistenti con il più generale sistema di disuguaglianze sociali.

La popolazione di riferimento dell'indagine è l'insieme di individui di età compresa tra i 50 e i 70 anni, residenti nelle province di Napoli e Bologna, aree urbane strutturalmente diverse, ma espressioni del dualismo territoriale del modello di sviluppo italiano.

La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso interviste telefoniche condotte con la tecnica CATI (Computer Aided Telephone Interviewing), somministrando ai rispondenti un questionario semi-strutturato, articolato in sei aree tematiche: (a) caratteristiche socio-anagrafiche e professionali individuali; (b) situazione e caratteristiche socio-economiche familiari; (c) familiarità, possesso e utilizzo delle tecnologie digitali; (d) attività associative e culturali; (e) atteggiamenti nei confronti delle nuove tecnologie; (f) livello di conoscenza informatica.

Il campione su cui si basa l'analisi è costituito da 1.061 individui, di cui il 55,7% residenti nella provincia di Napoli e il 43,3% in quella di Bologna. La distribuzione per età rileva che il 27,5% degli intervistati cade nella classe d'età 50-56 anni, il 19% in quella da 61 a 65 anni e il 24,1% si trova nella classe 65-70 anni. In termini di livello d'istruzione, più della metà del campione (55,9%) risulta appartenere al grado medio inferiore mentre una minoranza (12%) dichiara livelli superiori o equivalenti alla laurea.

L'analisi si focalizza in particolare sull'uso del personal computer, considerato come una tecnologia cardine, sia per la definizione del linguaggio e delle interfacce digitali, sia come mezzo d'accesso privilegiato ai flussi informativi.

Rispetto al possesso del computer e all'accesso ad internet si registra - in maniera analoga tra le due aree territoriali - che solo il 12% del campione possiede in famiglia solo il computer senza l'accesso ad internet (PC Stand Alone), mentre circa il 49% ha sia il computer che l'accesso alla rete, di cui circa il 70% ha un collegamento ADSL, pari al 32% del campione totale. I due gruppi di famiglie più consistenti sono costituiti, da una parte, da famiglie che non posseggono né il computer né l'accesso alla rete (39%), dall'altra, invece, da quelle che hanno un computer e un accesso veloce ad Internet (32%).

3.2. Inquadramento teorico della ricerca

È facile intuire che la dicotomia *have/have nots*, tipica dei primi approcci al problema del divario digitale (NTIA, 1999), risulta inefficace nella descrizione di un fenomeno che non basa più la sua esistenza sulla considerazione del semplice possesso di tecnologia. Negli ultimi anni il panorama teorico di riferimento, come già sottolineato in premessa, si è allargato, adottando in misura sempre maggiore una prospettiva multidimensionale capace di considerare contemporaneamente più variabili agenti nella strutturazione delle digital inequalities (Di Maggio et al., 2003). Questo approccio, preferendo individuare diversi gradi d'inclusione nei flussi informativi in base alla capacità d'accesso e di manipolazione delle risorse veicolate dalla rete, considera il divario digitale come un concetto gerarchico tra diversi tipi di utilizzo delle ICT⁷.

La nostra ricerca, adottando un approccio multidimensionale ispirato al concetto di digital inequalities, si è posta l'obiettivo di dimostrare come la questione del divario digitale sia un problema complesso e intrecciato con processi di differenziazione preesistenti.

Il processo di combinazione tra effetto coorte ed effetto età pone la necessità di un ulteriore chiarimento relativo allo sviluppo delle disuguaglianze digitali. Nella letteratura sul divario digitale (Sartori, 2006) esistono due principali ipotesi di soluzione teorica del fenomeno: quella della "normalizzazione" e quella della "stratificazione". La prima ritiene che le iniziali differenze nell'accesso alle ICT progressivamente scompariranno per effetto di alcuni processi socio-economici: il livellamento dell'accesso, infatti, sarà possibile grazie alla diminuzione dei costi e alla semplificazione delle interfacce. La seconda ipotesi, quella della stratificazione - su cui è stata costruita la nostra indagine - sostiene invece che le disuguaglianze nate con l'introduzione delle nuove ICT si vadano a sommare a quelle già esistenti, rinforzandosi in un processo circolare e cumulativo. Le categorie di persone più lente nell'adozione della nuova tecnologia non riusciranno mai a colmare la distanza con quelle più veloci, con la conseguente crescita dei differenziali di accesso e di utilizzo. È probabile che nel tempo il problema del divario nell'accesso tenderà a ridursi, tuttavia, l'esistenza di un diverso livello di disuguaglianza relativo alle differenze nelle modalità d'uso delle ICT fa supporre che non si giungerà alla condizione di "normalizzazione", ma piuttosto ad una riconfigurazione della stratificazione sociale.

D'altra parte, è utile alla comprensione delle disuguaglianze digitali riprendere la teoria socio-economica di Amartya Sen (1992). I suoi concetti di *capabilities* e *functioning* possono essere applicati all'analisi del divario digitale nell'accesso e nell'uso delle ICT. Le *capabilities* possono essere definite come la libertà di ogni individuo di condurre un certo tipo di vita piuttosto che un altro, una serie di possibilità di scelta tra diverse alternative. I *functioning*, invece, devono essere intesi come un insieme di stati di essere e fare che vanno da quelli più elementari, come mangiare o vestirsi, a quelli più complessi, l'aver stima di sé o partecipare alla vita in comunità. Gli elementi che costituiscono lo star bene di una persona sono i

functioning mentre le capabilities rappresentano le possibilità, o opportunità, di cui si dispone per acquisire ciò che si vuole.

L'accesso e l'uso delle ICT rappresenta un problema di possibilità da parte della popolazione, ma soprattutto di capacità di convertire tali mezzi in reali miglioramenti della propria qualità della vita, in processo di sviluppo che deve "essere inteso come espansione delle opportunità degli individui di raggiungere, autonomamente e liberamente, un elevato livello di well-being" (Delbono e Lanzi, 2007, p. 104).

All'interno della società in rete (Castells, 1996) l'inclusione nei flussi informativi è da considerarsi come una capacità, l'opportunità strutturale che la società dovrebbe offrire all'individuo, creando le condizioni per un'autonoma e libera scelta consapevole di utilizzo o meno delle tecnologie digitali al fine di raggiungere un più alto stato di benessere⁶. La partecipazione alla società in rete, da questa prospettiva, deve essere considerata una scelta, legata alla percezione soggettiva di benessere, libera dai vincoli determinati dalla struttura delle disuguaglianze sociali persistenti. Poiché l'eguaglianza oggi è sempre più legata alla disponibilità di conoscenza e all'informazione, e quindi alla capacità di usare le tecnologie per accedervi (Sias, 2002), è importante sottolineare che non tutti sono capaci, o hanno la possibilità, di utilizzarle e di usarle in maniera efficace rispetto ai propri bisogni e desideri.

⁷ Pippa Norris (2001) distingue tre tipi di divario digitale: quello globale, quello sociale e quello democratico. L'ipotesi teorica a fondamento della nostra ricerca si concentra sul divario digitale sociale che rivolge l'attenzione alle disuguaglianze esistenti nei singoli paesi, in modo da rilevare quali sono le variabili e in che misura condizionano l'uso delle ICT.

3.3. L'uso del PC: il modello di conferma

In linea con quanto già rilevato dalla letteratura nazionale che suggerisce come l'uso delle ICT sia fortemente correlato con altri fattori di benessere sociale (Sartori, 2006), la survey ha cercato di dimostrare l'intreccio che lega il divario digitale ai processi di riproduzione delle disuguaglianze sociali, focalizzando l'attenzione soprattutto sul processo lavorativo in quanto – come evidenzia Castells – per le persone di oltre 50 anni "ciò che conta sempre di più nel determinare l'accesso a internet non è tanto l'età quanto il rapporto dei singoli con il lavoro, dato che internet diventa uno strumento professionale indispensabile" (2002, p. 235).

Allo scopo di cercare di individuare le variabili che discriminano tra uso e non uso del PC, utilizzando i dati del 2006, si è proceduto con la specifica di un modello di regressione logistica. Tale tecnica di analisi multidimensionale dei dati permette di indagare una variabile categoriale, frequente all'interno delle ricerche sociali, come dipendente⁹ (Christensen, 1997; Hosmer and Lemeshow, 2000; Corbetta et al., 2001; De Lillo, 2007).

La prima variabile¹⁰ inserita nel modello (Tabella 4) è di tipo continuo e corrisponde all'età del rispondente. Il segno negativo del coefficiente ci indica che, all'aumentare di un anno di età, la propensione relativa all'utilizzo del computer diminuisce. L'odds ratio relativo, essendo inferiore ad uno¹¹, conferma che alla crescita del valore dell'età diminuisce la propensione, in termini di probabilità, all'utilizzo del PC di circa 0,95 volte. La misura del titolo di studio è stata trasformata in una serie di variabili dummy, dove il valore 0 corrisponde all'assenza di una data modalità e 1 alla sua presenza¹². La categoria inferiore, che comprende coloro che hanno conseguito al massimo la licenza elementare, è stata utilizzata come categoria di contrasto per tutte le altre e non è stata inserita nel modello. L'interpretazione di questa variabile secondo il coefficiente dimostra che all'aumentare del titolo di studio aumenta la propensione all'utilizzo del computer. Ricordiamo che il valore dell'odds ratio può essere interpretato come misura dell'associazione, cioè la forza della dipendenza statistica tra le variabili prese in considerazione, in questo caso il titolo di studio e l'utilizzo del PC. Se prendiamo, ad esempio, la variabile dicotomica che dichiara l'assenza o la presenza di uno titolo di studio alto (laurea/post-laurea), il valore dell'odds ratio corrispondente a 11,7 ci indica che la relazione tra la presenza di un titolo di studio alto e l'utilizzo del computer può essere considerata forte. Se facciamo la differenza con un altro titolo di studio, ad esempio la presenza di un diploma professionale, possiamo concludere che l'inclinazione all'utilizzo del PC da parte di chi possiede un titolo di studio elevato è di circa il doppio rispetto alla propensione di chi possiede un diploma professionale.

Tabella 4: L'uso del PC: effetto e significatività delle variabili utilizzate nel modello logistico

Variabili	B	Sig.	Exp(B)
Età	-0,049	0,009	0,952
Licenza media inferiore	1,338	0,000	3,812
Diploma professionale	1,691	0,000	5,424
Licenza media superiore	2,394	0,000	10,954
Laurea/post laurea	2,461	0,000	11,712
Genere (maschio)	0,693	0,001	2,000
N. componenti nucleo	0,127	0,110	1,136
Non proprietà casa	-0,222	0,390	0,801
Occupato	0,916	0,000	2,498
Casalinga	-0,136	0,665	0,873
Competenze ICT base	1,909	0,000	6,744
Competenze ICT intermedie	2,363	0,000	10,618
Competenze ICT avanzate	2,696	0,000	14,817
Provincia (BO)	0,714	0,001	2,041
Costante	-1,526	0,248	0,217

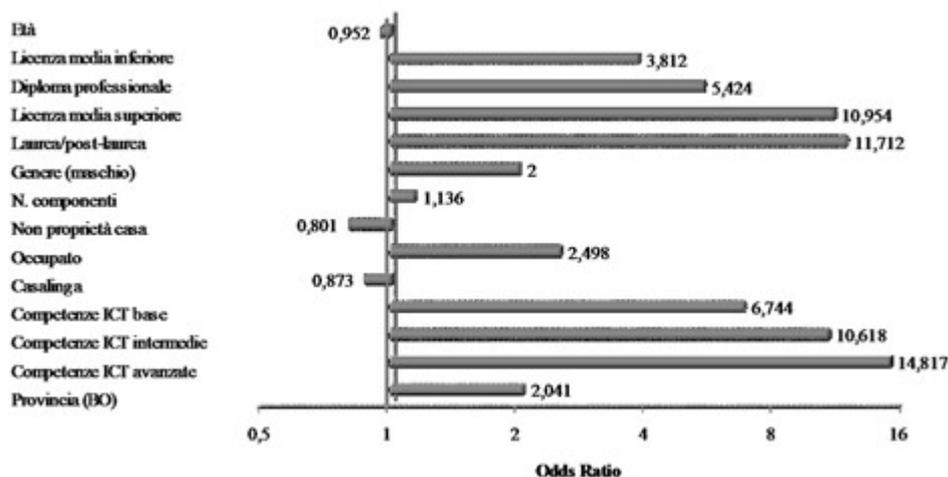
Fonte: Università degli Studi di Salerno, Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica, Laboratorio CATI, settembre 2006.

La variabile genere presenta valori pari a 0 per le donne ed 1 per gli uomini. La differenza tra l'uno o l'altro nell'utilizzo del computer risulta a vantaggio degli uomini, con un valore di odds ratio di due volte superiore rispetto alle donne. Il numero componenti del nucleo familiare rappresenta la dimensione, espressa dal numero di persone che abitano insieme, della famiglia dell'intervistato. Tale variabile dimostra che la presenza di più persone all'interno dello stesso nucleo familiare, aumenta le probabilità relative all'utilizzo del computer. L'idea, fornita dal contributo di questo indicatore, è che una rete relazionale più ampia favorisca la conoscenza e l'approccio alle nuove tecnologie in termini di alfabetizzazione e possibilità di supporto in fase di utilizzo. La proprietà o meno della casa risulta discriminare l'uso a favore dei proprietari (categoria di contrasto) rispetto agli affittuari; questo potrebbe indicare una maggiore possibilità di spesa, anche in tecnologie, per i primi rispetto ai secondi.

Per quanto riguarda lo stato occupazionale, sono state messe a confronto le categorie "occupato" e "casalinga" con quella degli "inattivi". L'importanza del momento lavorativo, come precedentemente riportato, viene espressa in circa il doppio delle probabilità per gli occupati rispetto alle altre categorie di utilizzare la nuova tecnologia informatica. A sostegno della centralità del lavoro come forma di alfabetizzazione alle ICT, la variabile sulle competenze informatiche richieste (competenze di base, competenze intermedie, competenze elevate), in contrasto con la categoria base, rappresentata dalla non richiesta di competenze informatiche, risulta influire notevolmente sulla propensione relativa¹³. L'odds ratio conferma la forza di questa relazione: coloro ai quali erano richieste competenze informatiche sul posto di lavoro hanno una probabilità di utilizzare il computer da 7 a 15 volte maggiore rispetto coloro ai quali non erano richieste. Anche la provincia, infine, sembra discriminare l'utilizzo del PC: abitare a Bologna rispetto a Napoli, categoria base, aumenta la propensione all'uso della tecnologia. L'essere residente nella provincia emiliana rappresenta una propensione relativa pari al doppio rispetto all'essere residente nella provincia partenopea. Si tratta di un risultato che sottolinea come in contesti economicamente più sviluppati vi sia una maggiore propensione all'adozione delle ICT (Figura 2).

L'attendibilità del modello proposto viene confermata anche dalla percentuale di casi che vengono classificati correttamente al suo interno: l'82,8% degli intervistati risulta essere descritto in maniera adeguata grazie alle variabili selezionate.

Figura 2: Propensione relativa all'uso del PC: effetto delle variabili inserite nel modello logistico



Fonte: Università degli Studi di Salerno, Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica, Laboratorio CATI, settembre 2006.

3.4. Le implicazioni teoriche dei risultati di ricerca

Il modello di regressione logistica ha permesso di mettere in luce le variabili che discriminano l'uso del computer. Non stupisce il fatto che tali variabili rappresentino le principali dimensioni della stratificazione sociale, sostenendo l'ipotesi dell'esistenza di una loro associazione nei processi di riproduzione delle disuguaglianze nei livelli e nei modi di utilizzo delle nuove tecnologie. Ciò ci spinge ad alcune riflessioni sulle teorie precedentemente discusse.

I risultati dell'analisi risultano compatibili con l'ipotesi della stratificazione. Il divario digitale rappresenta una dimensione di un più ampio sistema di disuguaglianze che si intrecciano e si rinforzano. Sull'evoluzione del divario digitale nel tempo, l'analisi offre elementi per sostenere che le disuguaglianze che stanno alla base dell'accesso al computer continuano ad esistere e sono le stesse che caratterizzano la stratificazione sociale e che determinano le aree di esclusione sociale.

Come si è cercato di dimostrare, il ruolo del lavoro, come processo di socializzazione e costruzione d'identità per l'individuo, risulta fortemente discriminante nell'uso delle nuove tecnologie. Le modifiche apportate dal sempre più diffuso impiego dei sistemi informatici nel processo lavorativo hanno tracciato importanti differenze nella richiesta di competenze informatiche. Coloro che detengono le capacità richieste sembrano appartenere alle classi sociali più elevate. La possibilità, tipica delle classi più abbienti, di intraprendere percorsi formativi migliori porta ad acquisire capacità maggiori rispetto a coloro che fanno parte delle classi più svantaggiate. Anche nel caso di capacità informatiche uguali, la persona che possiede maggiore potere economico e sociale risulta avvantaggiata. Da questa affermazione si può comprendere che non è solo il capitale economico a giocare un ruolo importante nella determinazione della stratificazione. Anche il capitale sociale e culturale, collegati a quello economico, sono fondamentali nella riproduzione delle disuguaglianze rispetto all'uso delle nuove tecnologie. Se la cultura e l'educazione sono funzionali all'affermazione delle differenze, le scelte personali, conseguenti a diversi percorsi di vita dovuti a quantità di capitali differenti, risultano riprodurre la stratificazione sociale anche all'interno del nuovo assetto sociale mediato dall'uso delle nuove tecnologie ostacolando la conoscenza delle stesse.

La popolazione adulta o anziana risulta composta da persone che hanno subito il processo di informatizzazione al suo ingresso determinando difficoltà di socializzazione nei confronti delle nuove tecnologie. Per questa ragione, risulta plausibile pensare ad un effetto coorte che ridurrà il divario, per quanto riguarda l'accesso alle ICT, con il passare degli anni. Tuttavia, l'analisi empirica ha evidenziato la presenza di diversi fattori che condizionano l'utilizzo indipendentemente dall'effetto coorte. Una fonte rilevante di disuguaglianza nell'uso deriva dal knowledge gap¹⁴, lo scarto di conoscenza creato dalla diversa formazione a cui gli individui sono sottoposti, il quale sembra favorire chi risulta essere già avvantaggiato (Tichenor, 1970).

Il dibattito teorico che ruota intorno al divario digitale all'interno di gruppi particolari, come gli anziani, potrebbe concentrarsi sull'importanza dell'inclusione elettronica come nuova forma di "libertà", intesa in termini seniani. Se la società attuale viene rappresentata come una rete all'interno della quale viaggia l'economia, la politica e il lavoro, l'esclusione dalle nuove tecnologie diventa una fonte di disuguaglianze

notevole. L'interazione tra fattori di differenziazione sociale e culturale, da un lato, e forme di "socializzazione al digitale", dall'altro, ha dato luogo ad uno specifico tipo di pregiudizio che condiziona fortemente le rappresentazioni della tecnologia informatica e la motivazione al suo utilizzo. Le differenze nell'uso della tecnologia digitale non possono essere spiegate semplicemente in base al "capitale culturale" o "capitale sociale" degli individui. In aggiunta a questi elementi, dobbiamo tener presente l'orientamento dell'individuo nei confronti della tecnologia. Sotto questo aspetto, è indicativo che molti intervistati, alla domanda sul perché non usano i computer e internet, hanno risposto che "non gli interessa". Si tratta, quindi, in molti casi, di una forma di auto-esclusione basata sulle affinità e preferenze dell'individuo, che vengono strutturate, verosimilmente, attraverso le esperienze e il vissuto quotidiano. In questo senso, può rivelarsi utile il concetto di *habitus* sviluppato da Pierre Bourdieu (1979). Con questo termine si definisce il processo di riproduzione culturale in grado di generare comportamenti regolari che condizionano la vita sociale. Secondo questo autore, la classe di appartenenza dell'individuo determina una serie di preferenze personali e comportamenti reiterati che rientrano nel concetto di *habitus*¹⁵. L'utilizzo delle nuove tecnologie può essere quindi determinato sulla base dell'*habitus* di riferimento del singolo individuo, il quale potrebbe, secondo le sue preferenze, scegliere liberamente di non utilizzarle, allargando ulteriormente il divario.

È importante sottolineare che, all'interno della ricerca presentata, chi risulta non utilizzare il computer (Tabella 5) esprime un sostanziale disinteresse o un'assenza di stimoli che probabilmente coincide con l'uscita dal mercato del lavoro. Tra coloro che dichiarano di non aver mai utilizzato un PC, il disinteresse espresso verso le nuove tecnologie potrebbe essere dovuto ad una mancanza di alfabetizzazione informatica che aumenta le barriere, intimidendo l'approccio iniziale.

Tabella 5: Persone di 50 anni ed oltre che non utilizzano il PC per motivazioni addotte per il mancato utilizzo (Totale casi validi: 606 su 1.061)

Motivazioni	v.a.	v. %
Non gli interessa	288	47,5
Non lo sa usare	168	27,7
Non ha avuto l'opportunità di utilizzarlo	85	14,0
È troppo difficile	31	5,1
È troppo costoso	22	3,6
Ha dei problemi fisici che ne impediscono l'utilizzo	2	0,3
Non sa/non risponde	10	1,7
Totale persone che non usano il computer	606	100,0

Fonte: Università degli Studi di Salerno, Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica, Laboratorio CATI, settembre 2006.

Se il benessere di una persona viene determinato dalla sua capacità di scelta tra diverse alternative, la libertà di quella persona, relativamente alle nuove tecnologie, si determina in base alla possibilità di partecipazione al nuovo assetto. Ma l'analisi delle capacità deve anche comprendere le motivazioni e gli orientamenti che, in questo contesto, non risultano essere neutri, semplici preferenze individuali. Al contrario, sembra che il divario digitale si crei e si riproduca, in larga misura, attraverso le preferenze degli stessi individui che, a causa delle disuguaglianze pre-esistenti e di altri fattori socio-demografici, si astengono dal partecipare. Comprendere in fondo i determinanti di questo rifiuto, particolarmente accentuato tra le persone che si trovano al di fuori del mercato del lavoro, è di grande importanza, anche al fine di predisporre politiche efficaci. Queste dovrebbero focalizzare il punto di arrivo sul diritto, non l'obbligo, proprio di ogni persona, di partecipare alla network society. Un tale diritto non può diventare effettivo se i vantaggi e le potenzialità della tecnologia digitale rimangono oscuri ad ampie fette della popolazione, o se la tecnologia stessa suscita in loro soltanto diffidenza e apprensione.

9 L'interpretazione dei coefficienti di regressione logistica risulta meno intuitiva rispetto ai coefficienti del modello di regressione lineare, in quanto il coefficiente b rappresenta in questo caso il cambiamento del logaritmo del rapporto di probabilità. In generale, l'interpretazione del modello viene fatta attraverso l'uso dell'odds ratio o rapporto di probabilità condizionato.

10 Si noti che la costruzione del modello è stata guidata dall'utilizzo del likelihood ratio test, non da valori di significatività associati alle singole variabili, in base al protocollo più diffuso nel campo della metodologia.

11 Un valore dell'odds ratio pari a 1 può essere interpretato come assenza di relazione tra variabile dipendente e indipendente.

12 Il coefficiente b in questo caso calcola la differenza del passaggio da 0 a 1, corrispondenti alle due modalità in oggetto.

13 La richiesta di competenze informatiche sul posto di lavoro è stata adottata come indicatore di una forma di socializzazione alle ICT spesso mancante per la coorte di riferimento.

14 L'introduzione delle ICT ha attivato un circolo virtuoso che interessa e privilegia chi già occupa posizioni elevate nella struttura sociale, favorendo l'allargarsi delle disparità nella dotazione di capitale culturale, con la nascita di élite

dell'informazione. Gli individui in posizione sociale privilegiata, infatti, sono i primi a prendere consapevolezza dei vantaggi offerti dalle ICT e sono anche quelli che possono sostenere i costi iniziali grazie ai più elevati livelli di reddito; sono, inoltre, equipaggiati di un più ampio bagaglio educativo e culturale e riescono ad elaborare in modo efficace ed efficiente le informazioni acquisite. Grazie a capacità cognitive più sofisticate, infine, ottengono un ritorno in termini di conoscenza più elevato.

15 Ricordiamo che, per l'autore, le classi sono strutture mobili in quanto la loro determinazione dipende da diversi processi di accumulazione dei diversi capitali (quello economico, quello sociale, culturale e simbolico).

4. Conclusioni

I risultati della ricerca presentati nel paragrafo precedente sottolineano il rapporto circolare e cumulativo che esiste tra i fattori di stratificazione sociale e le disuguaglianze digitali. Le evidenze empiriche, in accordo con la tesi della stratificazione, suggeriscono che, nonostante la tendenza alla riduzione del divario digitale sociale che si osserva nelle statistiche, una parte della popolazione continuerà ad avere poche probabilità di accedere e di usare consapevolmente le tecnologie digitali. Lo studio evidenzia che si tratta in particolare di quei soggetti che, da una parte, mostrano scarso interesse per le nuove tecnologie perché non ne conoscono e non ne capiscono il senso e, dall'altro, non hanno le competenze necessarie per un loro utilizzo efficace rispetto ai propri bisogni e desideri. In altri termini si tratta di soggetti che per la loro dotazione di capitale economico, umano e relazionale – espressa nel *habitus* (Bourdieu, 1979) – scontano un deficit di senso e di competenza (Zocchi, 2004) che li esclude dalla partecipazione consapevole alla società in rete.

Queste condizioni di marginalità sociale e digitale sono trasversali a tutte le classi d'età, tuttavia esse risultano più diffuse e intense all'avanzare dell'età per il sommarsi dell'effetto coorte e per l'effetto età che come già osservato incidono negativamente sia sulla dimensione dell'interesse verso le ICT, sia su quella delle competenze. Questa considerazione acquista maggiore rilevanza nelle società come la nostra dove si allunga la vita media e dove entrambi gli effetti legati all'invecchiamento individuale diventano socialmente rilevanti, sia per la creazione di un'area di divario digitale, sia per il limite che ciò comporta per lo sviluppo della società in rete¹⁶, tenuto conto della natura intrinsecamente relazionale delle ICT.

Il problema delle disuguaglianze digitali, riprendendo la concettualizzazione di Sen (1992), andrebbe quindi rimodulato soffermandosi soprattutto sulle condizioni che con l'introduzione di nuove tecnologie impediscono la "capacitazione" di certi gruppi di soggetti, limitandone i funzionamenti rilevanti, e quindi restringendo la libertà e l'autonomia individuale di conseguire diverse combinazioni di "essere e fare".

Per l'attore pubblico ciò implica che le politiche dirette alla riduzione del divario digitale non possono limitarsi all'obiettivo di accrescere l'accesso (ovvero della disponibilità tecnologica), piuttosto esse devono elaborare una strategia più complessa capace di sviluppare i funzionamenti rilevanti che associati alla disponibilità della tecnologia diano maggiori possibilità di autodeterminazione soggettiva, contrastando i processi cumulativi dei fattori di disagio sociale. A tal fine risultano più adeguate le cosiddette politiche per l'uso (Sartori, 2006) che puntano a contrastare i deficit di competenze e di senso esistenti nelle fasce della popolazione colpite dalle disuguaglianze digitali.

D'altra parte, alla luce dei risultati della ricerca sugli effetti cumulativi tra le diverse forme di disuguaglianza sociale, sembra conseguente che le politiche dirette a contrastare il divario digitale presuppongano un indirizzo politico generale che tende a ridurre o contenere le disuguaglianze sociali, pena la sterilizzare delle iniziative dirette alla riduzione delle disuguaglianze digitali.

In un contesto sociale dove il linguaggio digitale diventa sempre più pervasivo, il computer si consolida come punto d'accesso e di elaborazione centrale dei flussi informativi e internet si afferma come l'infrastruttura su cui si fondano nuove pratiche di partecipazione politica, di attività economica e di interazione sociale, l'importanza del recupero di capacità e funzionamenti rilevanti rispetto alla diffusione delle ICT diventa cruciale per arginare processi di ulteriore esclusione dei soggetti in condizione di fragilità sociale, soprattutto nelle componenti della popolazione avanti con gli anni.

16 La rilevanza di tali considerazioni emerge chiaramente se si considera ad esempio gli orientamenti strategici della CE espressi nel programma "i2010" per la società europea dell'informazione (Commissione delle Comunità Europee, 2005).

Bibliografia

Bentivegna S. (2009): *Disuguaglianze digitali. Le nuove forme di esclusione nella società dell'informazione*, Laterza, Bari-Roma.

Bourdieu, P. (1979): *La distinction*, Les éditions de minuit, Paris.

Castells, M. (1996): *The Information Age: Economy, Society and Culture*, vol. 1: *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Oxford.

Castells, M. (2002): *Galassia Internet*, Feltrinelli, Milano.

Christensen, R. (1997): *Log-linear models and Logistic regression*, Springer, New York.

- Commissione delle Comunità Europee (2005): *i2010 A European Information Society for growth and employment*, Bruxelles.
- Corbetta, P., Gasperoni, G. e Pisati, M. (2001): *Statistica per le scienze sociali*, il Mulino, Bologna.
- De Kerckhove, D. (1991): *Brainframes: Technology, Mind and Business*, Bosch & Keuning, Utrecht.
- De Lillo, A. (2007): *Analisi multivariata per le scienze sociali*, Pearson Education, Milano.
- Delbono, F. e Lanzi D. (2007): *Povert , di che cosa? Risorse, opportunit , capacit *, il Mulino, Bologna.
- Di Maggio, P. e Hargittai E. (2001): *From the 'Digital Divide' to 'Digital Inequality': Studying Internet Use As Penetration Increases*, Working Paper n. 15, Summer, Center for Arts and Cultural Policy Studies, Woodrow Wilson School, Princeton University.
- Di Maggio, P., Hargittai, E., Celeste, C. e Shafer S. (2003): *From Unequal Access to Differentiated Use: A Literature Review and Agenda for Research on Digital Inequality*, Working Paper n. 29, Fall Center for Arts and Cultural Policy Studies, Woodrow Wilson School, Princeton University.
- Gasser, U. e Palfrey, J. (2008): *Born Digital: Understanding the First Generation of Digital Natives*, Basic Books, New York.
- Hosmer, D. W. e Lemeshow, S. (2000): *Applied logistic regression*, John Wiley & Sons, New York.
- ISTAT (2002): *I cittadini e le tecnologie della comunicazione. Anno 2000*, Roma.
- ISTAT (2009): *Cittadini e nuove tecnologie. Anno 2009*, Roma.
- Jones, S. e Fox, S. (2009), *Generations Online in 2009*, The Pew Research Center's Internet & American Life Project, Washington.
- Kumar, K. (2000), *Le nuove teorie del mondo contemporaneo*, Einaudi, Torino.
- Meyrowitz, J. (1986): *No Sense of Place: The Impact of Electronic Media on Social Behavior*, Oxford University Press, New York.
- Negroponte, N. (1995): *Being Digital*, Knopf, New York.
- Norris, P. (2001): *Digital Divide: Civic Engagement, Information Poverty, and the Internet Worldwide*, Cambridge University Press, New York.
- NTIA (1999): *Falling through the Net: Defining the Digital Divide*, www.ntia.doc.gov.
- Pirone, F., Pratschke, J. e Rebeggiani, E. (2008): "Un'indagine sull'uso delle Ict tra gli over 50: considerazione su nuovi fattori di disuguaglianza sociale e territoriale", *Sociologia del lavoro*, n. 110, pp. 227-242.
- Sartori, L. (2006): *Il divario digitale. Internet e le nuove disuguaglianze sociali*, il Mulino, Bologna.
- Sen, A. (1992): *Inequality Reexamined*, Oxford University Press, Oxford.
- Sias, G. (2002): *Societ  dell'informazione e conoscenza. Un futuro ineguale?*, Franco Angeli, Milano.
- Tichenor, P. J. (1970): "Mass Media Flow and Differential Growth in Knowledge", *Public Opinion Quarterly*, vol. 34, n.2, pp. 159-170.
- Vandenplas Holper, C. (2000), *Maturit  e saggezza. Lo sviluppo psicologico in et  adulta e nella vecchiaia*, Vita e Pensiero, Milano.
- Warschauer, M. (2004), *Technology and Social Inclusion: Rethinking the Digital Divide*, The MIT Press, Cambridge.
- Zocchi, P. (2004): *Internet. La democrazia possibile. Come vincere la sfida del digital divide*, Guerini, Milano.

Ringraziamenti

Si ringrazia l'Universit  di Salerno che con il fondo "Grandi e medie attrezzature scientifiche e di supporto" (2003) ha finanziato lo sviluppo del Call Centre CATI presso il Dipartimento di Sociologia e Scienza della Politica. Si ringrazia il direttore del Dipartimento il prof. Vittorio Dini per aver consentito l'uso di tali attrezzature e il Ministero dell'Istruzione, dell'Universit  e della Ricerca per il finanziamento fornito attraverso il bando per Progetti di Ricerca di Interesse Nazionale (2004) per la ricerca: "Tecnologie e reti sociali per la qualit  della vita di persone anziane e di persone disabili" (coordinatore nazionale prof. Vittorio Capecchi). Si ringraziano, inoltre, Jonathan Pratschke ed Enrico Rebeggiani con cui gli autori si sono costantemente confrontati nel corso della ricerca, ricevendo preziosi suggerimenti di studio e approfondimento.

Atteggiamento verso la vita lavorativa tra i pensionati

di Mariselda Tassarolo | 11 Marzo 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

«E' importante sottolineare che ciò che sta realmente invecchiando è il concetto stesso di invecchiamento» (Orio Giarini, 2001).

1. Introduzione

Per preparare i programmi di svecchiamento dell'età pensionabile si rende necessario sapere come è vista nella società l'età del pensionamento. La discussione sui temi riguardanti l'età pensionabile è determinata dalla convergenza di più fattori primo tra i quali il prolungamento della speranza di vita, la denatalità e l'instabilità economica. La vecchiaia sta diventando un'opinione anche se nella vita contemporanea si assiste a una moltiplicazione delle fasi del ciclo di vita che diventano più ristrette nel tempo rispetto a quelle tradizionali che vedevano l'infanzia, l'età adulta e la vecchiaia come le tre tappe che scandiscono il ciclo della vita.

La frammentazione più forte si è avuta, in Occidente, nella prima parte dell'esistenza umana che è stata suddivisa in una pluralità di fasce che hanno intaccato il periodo adulto ricavando da esso la preadolescenza e l'adolescenza, ma non solo, sono stati scoperti anche i giovani e i cosiddetti giovani-adulti in un percorso totale che va dagli 11 ai 34 anni. Tale avanzamento è dovuto, in gran parte, proprio all'ampliamento delle fasce della gioventù che hanno eroso l'età adulta. Lo stato dell'adolescente si basa su un duplice aspetto: di transito e di raggiungimento dello stato di adulto. La fase del giovane-adulto non è un'estensione di due fasi della vita, ma è uno stadio della vita che ha la specificità di essere un passaggio tra due condizioni presenti contemporaneamente. Si deve, tuttavia, considerare che nella società contemporanea il diventare adulti ha subito "una decelerazione temporale". Questo evidenzia come la transizione verso uno stato adulto si stia progressivamente frammentando in una sequenza interconnessa di singole tappe che seguono differenti modelli sociali e temporali che portano con sé crescenti incertezze (Scabini, Donati, 1988). Lo stesso si può dire della categoria unica di "vecchiaia". Se l'età adulta è stata spinta più in là, in quanto ci si sposa più tardi e si è indipendenti più tardi, anche il pensionamento tende a spostarsi più tardi e i 60 anni circa stabiliti in passato per limitare il periodo lavorativo, tende a spostarsi oltre, favorito dall'allungamento della vita biologica. Si può sottolineare il fatto che nel mondo d'oggi anche il periodo che, fino a pochi decenni fa, corrispondeva a una "vecchiaia" indistinta, oggi si è frammentato in diverse fasce, proprio come il primo periodo della vita. La differenza sta nel fatto che ciò che è stato aggiunto è l'attualizzazione di una speranza di vita, un tempo, non pensabile.

L'età adulta è caratterizzata dall'attività della pienezza della vita che, come detto, si prolunga come speranza di vita verso e oltre gli ottant'anni. Tale situazione può portare a due posizioni tra loro opposte rappresentate dal desiderio di pensionamento per poter vivere per alcuni decenni, non più per alcuni anni, esentati da obblighi lavorativi; oppure prolungare l'attività quando il lavoro che si è svolto per 30-40 anni è stato gratificante e non pesante manualmente.

Il fatto che "anziani si diventa" è la conseguenza del processo inevitabile della vita e non uno stato. L'interesse per ciò che riguarda l'invecchiamento è dovuto all'innalzamento dell'età media: più persone giungono e sorpassano la soglia della vecchiaia. Si entra nella vecchiaia a 65 anni per l'Istat, ma è difficile rispondere alla domanda se un sessantacinquenne è vecchio. Il gruppo sociale degli anziani, a causa del maggiore benessere dovuto sia a condizioni economiche che di salute, si è ampliato notevolmente.

La consapevolezza che nella vita c'è un'ultima età porta ad avere paura, porta a quello che viene definito il "terrore primordiale", più presente nella vecchiaia che in altri stadi della vita umana. Si supera tale timore "tirandosi fuori": gli altri sono vecchi, la propria vecchiaia viene negata. La terror management theory postula non solo reazioni individuali alla minaccia indotta dal pensiero della mortalità, ma soprattutto visioni del mondo, costruzioni culturali collettive che hanno lo scopo di limitare l'impatto di questa minaccia sul funzionamento "normale" della società" (Deponte, 2008, p. 71). Il fattore cultura, ovviamente condiziona il vissuto che accompagna l'invecchiamento, a tal proposito Baltes (1997) parla della necessità di far crescere la cultura della terza età proprio perché è l'accumulo di cultura ad aumentare l'aspettativa di vita e lo sviluppo della sua qualità. Un secondo motivo è che la cultura può allargare la mente, rendere flessibile il pensiero e, in definitiva, far vivere di più e meglio.

La categoria degli anziani è molto differenziata al suo interno a causa di caratteristiche sociali e bisogni individuali, tanto che non è appropriato parlare genericamente di "anziano". Baltes e Smith (2003) consigliano di parlare di anziano-giovane e di anziano-anziano (è interessante a tal proposito la necessità di parole nuove per non ripetere i concetti e trasformarli in metafore in attesa della maturazione del termine appropriato). Il passaggio dalla vita adulta alla vecchiaia è questione di eventi, anche se la vecchiaia è causata dal passare degli anni. Un anziano giovane deve fronteggiare l'adattamento al ritiro dal lavoro e alla modificazione del nucleo familiare; l'anziano-anziano si trova davanti il bilancio esistenziale, con risorse limitate. Concordiamo sul fatto che si può parlare non tanto di "anziano-tipo", ma

di "tipi di anziani", tanti quanti sono gli anziani. L'individualizzazione caratteristica dell'attuale società porta anche a questo.

Sembra ormai superato lo stereotipo del vecchio saggio da una parte e del vecchio pazzo e decrepito dall'altra. Schmidt e Boland (1986) osservano che sulla base del ruolo sociale rivestito dalla persona anziana vengono creati stereotipi diversi per cui possono essere identificati il "cittadino anziano", il "nonno", l'"anziano uomo di stato", ciascuno con caratteristiche proprie (Deponte, 2008, p. 73). In una ricerca del 1982 è stato rilevato che gli operatori per gli anziani hanno una visione molto negativa e stereotipata dell'anziano. Tuttavia a seconda della denominazione linguistica, l'etichetta applicata alla persona assumeva caratteri positivi o negativi in gradi diversi. Utilizzando i termini "anziano/a", "pensionato/a", "nonno/a", "persona oltre i 65 anni", "persona oltre i 75 anni" è emerso che solo "nonno/a" aveva un valore completamente positivo e solo le "persone oltre i 75 anni" ce l'avevano completamente negativo (Cuberli et al., 1982).

Nel 1951 gli anziani, cioè le persone con 65 anni e oltre erano l'8,2% della popolazione; nel 2006 sono gli individui con più di 76 anni ad essere l'8,2% della popolazione. Negli ultimi 55 anni la quota di popolazione anziana si presenta più che raddoppiata essendo pari al 19,7% della popolazione (con una maggiore longevità femminile).

Se si considera l'indice di dipendenza come indicatore sintetico dei problemi di sostenibilità legati alla variabile età si può notare come tale indice sia scomposto a sua volta in due sotto indici uno relativo alla quota di popolazione giovane e dipendente (green pressure), rispetto alla popolazione attiva; l'altro relativo alla popolazione anziana (grey pressure). La somma degli indici dà l'indice di dipendenza cioè del peso che grava sulla popolazione attiva in termini demografici. La prima è correlata ad alti costi per l'istruzione, la seconda è associata ai costi per salute e pensioni (Castagnaro, Cangiano, 2008, p. 78).

2. L'atteggiamento verso la vita lavorativa nel tempo

Lo scopo di un lavoro pubblicato nel 1989 era di dare una risposta alla domanda "Perché lavoriamo?". Il lavoro è un comportamento umano complesso che "producendo un risultato esterno barattabile, consente al suo autore di procurarsi in modo indiretto la soddisfazione dei bisogni fondamentali" (Gabassi et al., 1989, p. 19; Garelli, 1984). Le fasce lavorative più basse non sono, generalmente, in grado di ricavare dal lavoro che svolgono gratificazione a tutti i bisogni percepiti in quanto tali come possono essere, ad esempio, i bisogni di realizzazione. L'individuo ricorre a espedienti esterni e lontani dal lavoro per compensare la dimensione socio affettiva della quale egli è privato nella condizione lavorativa.

La contemporaneità porta la maggior parte dei lavoratori ad afferire al lavoro secondo leggi di mercato più che in base a una naturale e spontanea manifestazione vocazionale. Solo pochi fortunati pervengono alla maturità lavorativa o non lavorativa per libera scelta: la grande maggioranza procede, più o meno consapevolmente, valutando le opportunità differenziali fornite dalla conoscenza di sé e dalla realtà esterna.

Il fattore generazionale si rileva importante da un punto di vista strutturale (emarginazione dal lavoro) ma anche da quello culturale in quanto la socializzazione delle giovani generazioni è diversa rispetto al passato. La crisi o il rifiuto del lavoro sarebbe il risultato di una progressiva perdita di soggettività con il conseguente spostamento del focus esistenziale su altri valori. Questo succede nei giovani per i quali il lavoro occupa una posizione non centrale, anche se preminente nella scala dei valori.

La gamma dei vissuti individuali della propria esclusione dal mondo lavorativo e l'esperienza soggettiva dell'inoperosità generano inevitabilmente un'altrettanto varia gamma di percezioni del lavoro e di aspettative.

Rapportarsi al lavoro in termini di impossibilità ad agire nel mondo produttivo implica una riconsiderazione della propria identità, autostima e riconoscibilità di sé in un mondo in cui il lavoro è socialmente importante. La conseguenza è una sofferenza implicita di chi non è ancora o non è più occupato (Gabassi et al., 1989, p. 36).

L'ethos dominante è di valutare positivamente chi lavora, mentre chi non lavora viene ritenuto incapace di adattarsi al lavoro stesso e, se per la categoria dei giovani la dicotomia lavoro-non lavoro è valutata molto negativamente, per la categoria degli anziani è quasi una calamità necessaria. Lo stesso termine "flessibilità" collegato alle caratteristiche post-moderne del lavoro viene inteso con un'accezione di negatività-instabilità e non con l'aspetto positivo di creatività. Considerare il lavoro non più centrale significa supporre che "un tempo" lo sia stato. Tuttavia ciò non è verificabile, ma solo ipotizzabile utilizzando le categorie attuali. Il passaggio dalla centralità alla non centralità viene realizzato quando il lavoro da dovere diventa diritto, in tal modo ne viene messa in luce la necessità sociale che implica tutti indipendentemente dall'età (Romagnoli, 1984).

Per questo è stato utile nel 1989 analizzare l'atteggiamento dei lavoratori giovani e anziani nei confronti del lavoro. Non è possibile infatti omologare l'atteggiamento verso il lavoro delle diverse età della vita. Il lavoro connota socialmente l'età adulta attribuendo al lavoratore nuovi status e nuovi ruoli, assegnandogli un'immagine di sé rafforzata dal fatto di essere socialmente "a posto".

Nell'ambito di una vasta gamma che percorre il continuum lavoro-non lavoro, esistono solo due status accettati socialmente, per coloro che non hanno lavoro, corrispondenti il primo alla ricerca di un posto di lavoro, che può essere il primo, ma anche un altro lavoro nel caso si sia perduto il primo; il secondo nell'inabilità al lavoro.

Chiedere "Che lavoro fai?" equivale a chiedere "Chi sei?", tanto l'esperienza lavorativa influenza profondamente il soggetto, le sue aspettative, quelle della società e il suo stile di vita.

Si deve considerare il fatto che coloro che raggiungono oggi i 65 anni sono nati nel secondo dopoguerra e sono stati giovani durante il boom economico degli anni 60, periodo in cui tali soggetti hanno vissuto un'esperienza lavorativa assai diversa dai loro padri. Già in una ricerca del 1984 (Cortellazzi, 1984) rileva che le persone soddisfatte del loro lavoro sono in numero superiore alle persone insoddisfatte e sembra anche sussistere una correlazione positiva tra soddisfazione del lavoro con caratteristiche di creatività che consentono relazioni interpersonali. Nelle ricerche precedenti al 1984 non si trova mai l'indicazione della soddisfazione del lavoro, quasi non fosse importante come aspetto integrante del lavoro umano.

Mariselda Tassarolo: Professore ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi e di Sociologia della comunicazione, Università di Padova.

3. La ricerca

Lo studio degli atteggiamenti deve essere fatto in modo indiretto in quanto esso è un'astrazione operata all'interno di un grande numero di atti affini più che un atto specifico e determinato. La risposta ottenuta, coerente per un certo gruppo di stimoli od oggetti sociali, è alla base dell'atteggiamento. Quest'ultimo viene considerato come una durevole organizzazione di processi motivazionali, cognitivi, emotivi e percettivi riguardanti specifici aspetti del mondo dell'individuo. Tale durevole organizzazione di processi psicologici sembra, quindi, implicare una coerenza di schemi di risposta come confermato da Berger e Luckmann (1969). Il differenziale semantico utilizzato in queste ricerche è ritenuto in grado di tradurre le esperienze individuali in forme più semplici come ad esempio il linguaggio verbale (Capozza, 1977).

L'obiettivo del presente lavoro è di studiare qual è l'atteggiamento verso il concetto "lavoro" di persone che sono in stato di pensionamento. Si tratta di 175 soggetti di cui il 50,4% maschi e il 49,6% femmine con un'età media di 64,86 anni (d.s. 7.50; mediana 63 anni; moda 60) di età compresa tra 50 e 87). Sono stati considerati, inoltre anche i dati raccolti nel 2005 (i cui risultati non sono stati pubblicati) su 113 pensionati di età compresa tra i 48 e i 70 anni con un'età media di anni 56,23 (d.s 4,74; mediana 56; moda 57).

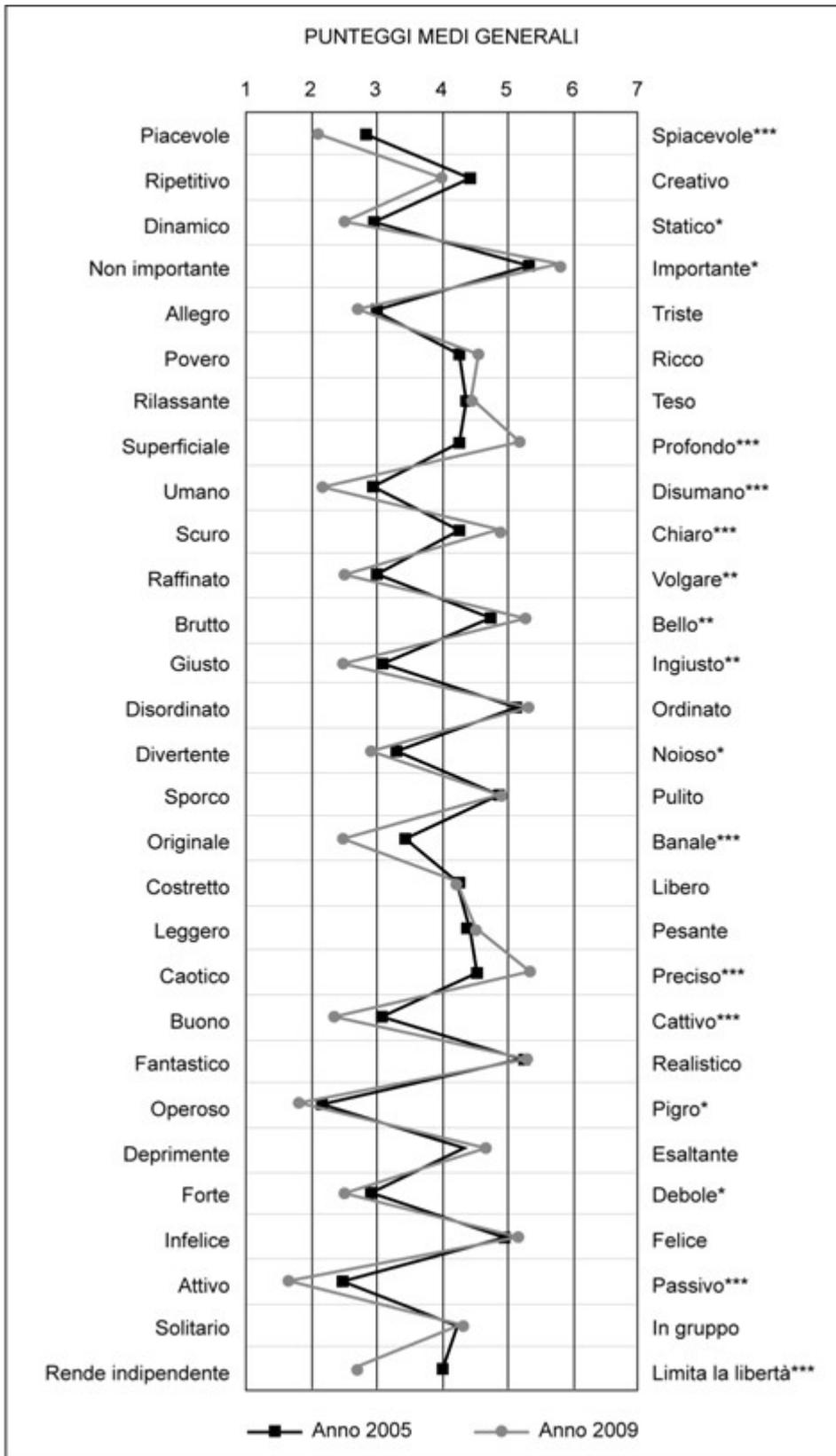
3.1 Profili medi

La prima analisi effettuata è la rilevazione dei punteggi medi (Tab. 1 e Grafico 1) relativi alle risposte ottenute nel 2005 e nel 2009. Tali punteggi mostrano l'andamento del giudizio espresso, meglio visibile nel Grafico 1. Come si può osservare le due curve hanno un andamento molto simile. Applicando la t di student tra i gruppi si rileva che sono molte le scale che risultano statisticamente differenti, non per quanto riguarda il significato degli aggettivi opposti, ma per l'intensità del significato. Può essere interessante sottolineare che le differenze statistiche rilevano che i pensionati del 2009 si differenziano sempre per un'attribuzione di positività maggiore rispetto a quelli del 2005.

Tab. 1 – Punteggi medi

	Dati 2005	Dati 2009	
1.Piacevole	2.84	2.09	Spiacevole
2.Ripetitivo	4.41	4.00	Creativo
3.Dinamico	2.94	2.50	Statico
4.Non importante	5.33	5.77	Importante
5.Allegro	2.95	2.73	Triste
6.Povero	4.27	4.54	Ricco
7.Rilassante	4.35	4.43	Teso
8.Superficiale	4.24	5.18	Profondo
9.Umano	2.95	2.18	Disumano
10.Scuro	4.25	4.88	Chiaro
11.Raffinato	2.99	2.50	Volgare
12.Brutto	4.72	5.26	Bello
13.Giusto	3.09	2.50	Ingiusto
14.Disordinato	5.12	5.33	Ordinato
15.Divertente	3.30	2.93	Noioso
16.Sporco	4.84	4.87	Pulito
17.Originale	3.44	2.51	Banale
18.costretto	4.21	4.22	Libero
19.Leggero	4.38	4.20	Pesante
20.Caotico	4.52	5.33	Preciso
21.Buono	3.06	2.32	Cattivo
22.Fantastico	5.23	5.30	Realistico
23.operoso	2.16	1.82	Pigro
24.Deprimente	4.34	4.66	Esaltante
25.Forte	2.88	2.50	Debole
26.Infelice	4.96	5.16	Felice
27.Attivo	2.46	1.65	Passivo
28.Solitario	4.19	4.29	In gruppo
29.Rende indipendente	4.00	2.69	Limita la libertà

Grafico 1



Dall'analisi fattoriale a tre fattori vengono rilevate le dimensioni dell'atteggiamento verso il lavoro. I tre fattori nel loro insieme spiegano il 41% della varianza totale e le dimensioni emerse sono individuate attraverso le saturazioni di alcune scale. Nella prima dimensione (che spiega il 27,1% della varianza totale), che può essere denominata "Qualità estrinseche del lavoro", sono saturi gli attributi "raffinato", "ordinato", "pulito", "originale", "libero", "preciso", "buono", "realistico", "operoso", "esaltante", "forte", "felice", "attivo", "in gruppo" e "rende liberi". Nella seconda dimensione (che spiega il 7,7% della varianza totale) viene misurato l' "Aspetto ludico del lavoro" che descrive il lavoro come "piacevole", "allegro",

“teso”, “umano”, “giusto”, “divertente”, “originale”, “buono” e “realistico”. Nella terza dimensione, infine, (6,1% della varianza totale) sono misurate le “Qualità interne” identificabili nella creatività, importanza, ricchezza, profondità, chiarezza, bellezza, pulizia del lavoro considerato anche “esaltante”¹.

4. Note conclusive

I dati di questa seconda ricerca, confrontati con la prima del 1989 confermano che il lavoro è quell'attività umana che appare soggettivamente ancora molto importante, ben oltre i vantaggi economici sociali e individuali dai quali il lavoro non può essere disgiunto. Il lavoro rappresenta, ancor oggi nel tempo della sua “flessibilità”, l'attività umana tra le più durevoli, le più perseguite e caratterizzanti la dimensione psichica dell'uomo.

L'esperienza lavorativa viene ritenuta valida e importante da tutti i lavoratori indipendentemente dalla loro età. La conclusione della ricerca precedente aveva messo in rilievo un'esperienza ludica del lavoro. I lavoratori anziani, anche allora, attribuivano l'importanza maggiore a questa caratteristica del lavoro, forse perché, a differenza dei giovani, gli anziani non hanno molte altre possibilità di strutturare il tempo. La presenza di questo aspetto non può essere attribuita a mancanza di senso della realtà, perché tutti i gruppi considerati ritengono il lavoro, pesante, operoso, attivo. Il tempo del lavoro con la sua forte costrittività e con la pressione temporale è il tempo per eccellenza e le persone che entrano nel mondo del lavoro lo sentono come un sostegno normativo per la loro esistenza, ma gli attribuiscono il carattere di piacevolezza che fa pensare al lavoro come sfondo permanente della propria vita. Secondo la nozione di “sfondo” di Garfinkel (1966) la normalità del mondo della vita quotidiana viene percepita mediante una esplorazione fenomenica e le aspettative di fondo, che sono la base di tutti i modelli di normalità, entrano nella percezione di ogni situazione sociale.

Il lavoro finisce con il raggiungimento di una determinata età, ma la vita quotidiana continua con la sua routine, con il vissuto ripetitivo eppure sempre diverso dell'esperienza: il momento del pensionamento riguarda l'abbandono di un ritmo che ciascuno ben conosce che viene sentito come se fosse “rivestito di un'aura di familiarità, di un carattere parzialmente routinizzato, avvolto nella cornice del senso comune” (Jedlowski, 2005, p. 11). L'incertezza, che la persona che si ritira dal mondo lavorativo deve fronteggiare, è avversaria della routine e solo l'esperienza permette di orientarsi in sua presenza. L'esperienza è qualcosa di estremamente individuale anche se nel “teatro” della vita quotidiana ognuno tende a far rientrare nell'esperienza le tensioni che sempre si presentano nel corso della giornata. Il sociologo Sennett nel suo libro “L'uomo flessibile” (2002) osserva che la routine porta l'uomo ad essere creativo: il momento del passaggio dalla routine alla novità è, in sé, un momento creativo che permette di dare il meglio di sé perché alcune situazioni “costrittive” non ci sono più (ad esempio allevare ed educare i figli; orari fissi di lavoro ecc.). La novità permette lo stupore, la vitalità e la progettazione di qualcosa di nuovo per se stessi. L'incertezza che “comunque è presente nella vita individuale può essere gestita solo a patto che il contesto in cui si svolge presenti i caratteri di una relativa stabilità” (Jedlowski, 2005, p. 27). E', infatti, proprio la routine che offre sicurezza, che fa da sfondo alla vita di tutti i giorni e che, pur nella mutevolezza delle esperienze, ci aggancia a qualcosa che rende piacevole e sicura la vita. Questo “qualcosa” è identificabile, in larga misura, nell'attività lavorativa.

Dai risultati ottenuti si trova conferma che l'atteggiamento positivo verso il lavoro è una costante: il lavoro è necessario in quanto, comunque, gli si attribuisce una posizione centrale nella propria vita, sia da un punto di vista relazionale che remunerativo. L'esistenza umana è inevitabilmente simile a chi ci è contemporaneo. Come gli altri proiettiamo nel futuro la natura del presente pianificandolo e, in un certo modo, manipolando selettivamente la sua rappresentazione. “Ma tutti gli esseri umani vivono e invecchiano insieme in una comunità temporale sempre presente e comune. Chi volesse manipolare il presente degli altri dovrebbe essere capace di sottrarsi e rifugiarsi in un altro tempo (invecchiare assieme è una condizione della costruzione intersoggettiva del tempo)” (Luhmann, 2002, p. 21).

¹ Da notare che la comparazione delle risposte del 2005 e del 2009 attraverso il test t di Student presenta un numero notevole di differenze statistiche attribuibile alla variabilità soggettiva dell'argomento trattato.

Riferimenti bibliografici

Baltes, P.B., Smith, J. (2003): “New Frontiers in the future of aging: From Successful Aging of the young Old to the dilemma of the fourth Age”, *Gerontology*, 49, 123-135.

Baltes, P.B. (1997): “On the incomplete architecture of Human ontogeny”, *American Psychologist*, 52, 366-380.

Berger, P.L., Luckmann, P. (1969): *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.

Capozza, D. (1977): *Il differenziale semantico. Problemi teorici e metrici*, Patron, Bologna.

- Castagnaro, C., Cagiano, de Azevedo, R. (2008): "Allungamento della vita: scenari per uno svecchiamento della popolazione", *Quaderni europei sul nuovo Welfare Svecchiamento e società*, 10, 76-81.
- Cortellazzi, S. (1984): La formazione: scelta del corso di studio, motivazioni e orientamenti, in V. Cesareo, a cura di, *Senso e non senso del lavoro*, Angeli, Milano, 96-107.
- Cuberli, R., Novelli, M.C., Tessarolo, M., Totis, M. (1982): "Operatori socio-sanitari e pregiudizi nei confronti della vecchiaia", *La ricerca sociale*, 28, 93-114.
- Deponte, A. (2008): "Gli anziani sono adulti strani? Il contributo della psicologia sociale allo studio dell'invecchiamento", *Quaderni europei sul nuovo Welfare Svecchiamento e società*, 10, 71- 75.
- Gabassi, P.G., Tessarolo, M., Batic, N. (1998): *La percezione generazionale del lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- Garelli, F. (1984): *La generazione della vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna.
- Garfinkel, H. (1966): *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliff, Prentice Hall.
- Giarini, O. (2001): "Vulnerabilità sociale. Servizi, occupazione, invecchiamento nell'economia di oggi", *International Association for the study of risk*, Ginevra.
- Jedlowski, P. (2005): *Un giorno dopo l'altro*, Il Mulino, Bologna.
- Luhmann, N. (2002): *La fiducia*, Il Mulino, Bologna.
- Romagnoli, G. (1984): Il lavoro e i suoi significati, in *I giovani oggi. Indagine IARD sulla condizione giovanile in Italia*, Il Mulino, Bologna, 51-79.
- Scabini, E., Donati, P. (1988), a cura di: "La famiglia "lunga" del giovane adulto", *Studi interdisciplinari sulla famiglia*, Vita e Pensiero, Milano.
- Sennett, R. (2002): *L'uomo flessibile*, Feltrinelli, Milano.
- Smidt, D.F., Boland, S.M. (1986), "Structure of perception of older adults: Evidence for multiple Stereotypes", *Psychology and Aging*, 1, 255-260.

Migliorare la qualità della vita nelle demenze gravi

di Mauro Cauzer e Elisa de Morpurgo | 12 Marzo 2011 | In: [Quaderno n.16 / 2011](#)

1. Introduzione

Per anni il fenomeno delle demenze senili di gravità variabile è stato inserito, con l'utilizzo di tecniche di contenimento sia farmacologico che fisico, in una pratica di assistenza volta al controllo dei comportamenti delle persone affette da tale patologia, ma da gli anni '50 alcuni studiosi hanno cercato di trovare delle tecniche per la riabilitazione di queste persone anziane, come complementari o alternative ai trattamenti farmacologici. Tra le varie tecniche, i cui risultati non sono quasi mai stati verificati con una metodologia scientifica, ne citeremo la Reality Orientation Therapy (R.O.T.), la Validation Therapy, la Gentle Care.

La R.O.T. (Spector et al., 2000) è una tecnica specifica di stimolazione cognitiva che tende a ridefinire le dimensione spazio-temporale della persona deteriorata nel tentativo di rinforzarne l'identità, ma può funzionare nei casi lievi o moderati.

La Validation Therapy (Feil, 1996), attraverso un ascolto empatico, mira a stabilire un contatto emotivo con la persona cercando di comprendere come il malato vede la realtà e quali possano essere le motivazioni dei suoi comportamenti.

La Gentle Care (Jones, 1996) è un sistema di cura protesico pensato e finalizzato a supportare piuttosto che cimentare la persona con demenza, a comprendere la peculiarità e la complessità della disabilità determinata dalla malattia e al tempo stesso a cogliere e a valorizzare le competenze residue, così come le preferenze e i desideri del malato. La centralità del malato e la ricerca e salvaguardia della sua continuità esistenziale ne costituiscono gli elementi fondanti. Essa mira a organizzare un adattamento ambientale tra la persona con malattia di demenza e lo spazio fisico, i programmi e le persone più significative con la quale la persona deve interagire.

Nel 1998, a Trieste, seconda città in Italia per numero di abitanti anziani, nasce Kairòs, un gruppo di studio e di ricerca sul mondo psico-affettivo, relazionale e cognitivo delle persone anziane sia che esse

siano sane sia affette da situazioni patologiche di vario tipo oppure con diversi livelli di degrado. Questi studiosi cercano di acquisire competenze più profonde sul mondo interiore degli anziani e si sforzano di offrire risposte adeguate ai loro bisogni e a quelli dei loro familiari spesso alle prese con le difficoltà e le problematiche dell'assistenza a persone non più autonome e non facilmente comprensibili a livello comportamentale e/o emotivo. Così l'interesse principale si è focalizzato sui meccanismi intrapsichici dell'invecchiamento e sul loro funzionamento in presenza di livelli di deficit intellettuale-cognitivo a cui l'anziano, fisiologicamente o patologicamente, va incontro.

2. L'importanza della relazione

L'esperienza clinica evidenzia un primo importante assunto, cioè che ogni persona invecchia con ritmi e modalità del tutto individuali, per cui non si può mai dare per scontato che se una persona ha molti anni sulle spalle avrà per forza un certo livello di decadimento somatopsichico. Sicuramente il processo di senescenza psichica è caratterizzato da una diminuzione più o meno marcata delle funzioni cognitive, ma anche gli aspetti emotivo-affettivi, che risentono dei cambiamenti intrinseci a questa stagione della vita, hanno una notevole influenza. Questo periodo è spesso segnato da situazioni di perdita e da abbandoni e, di conseguenza, queste carenze affettive rendono il soggetto sempre più depresso, più isolato e più distante dalla realtà, portandolo in un mondo interiore pieno dei fantasmi del passato, nel quale si ricreano esperienze già vissute, rapporti antichi con figure parentali importanti, gioie e dolori provati che hanno segnato un'esistenza.

Così il sistema relazionale dell'anziano con le persone dell'ambiente circostante è spesso costellato da incomprensioni, contrasti e conflitti, che rendono difficile una tranquilla convivenza e la riempiono di emozioni negative, vissute sia da parte del soggetto sia da parte di coloro che lo circondano. Tutto ciò è frequentemente legato a delle modificazioni comportamentali dell'anziano rispetto a quelle conosciute nel passato. Questi atteggiamenti non sono più ben compresi da parte delle persone vicine che possono destabilizzarsi di fronte a dei comportamenti così poco razionali e lineari, ma queste alterazioni talmente grossolane, anche nelle loro manifestazioni quotidiane, possono avere un loro senso se riusciamo a comprendere cosa avviene nel profondo della psiche dell'anziano stesso. Probabilmente queste alterazioni non sono altro che gli effetti evidenti di cause non facilmente individuabili da coloro che li osservano, ma che, invece, hanno una grossa importanza per l'economia psichica dell'anziano (Cauzer et al., 2003).

Possiamo affermare, dunque, che la natura del declino senile può essere attribuita a due fattori principali. L'uno di natura organica, che significa una perdita di sostanza cerebrale [l'invecchiamento fisiologico, il minor funzionamento dei neuroni, le carenze ed il rallentamento nella trasmissione degli stimoli nervosi, ecc.] e l'altro di natura funzionale. In questo caso, infatti, nonostante gli esami specialistici eseguiti non evidenzino, dal punto di vista anatomico, un'importante perdita delle funzioni mentali, si riscontra nel soggetto un comportamento che assomiglia molto a quello di coloro che presentano un vero danno organico. L'asse organico e quello funzionale non sono così separati tra loro come si potrebbe immaginare a prima vista, ma la funzione cognitiva e quella affettivo-emotiva agiscono in parallelo e si influenzano a vicenda osservano. Recenti studi delle neuroscienze (Vallar e Papagno, 2007) affermano che la funzione cognitiva risiede in prevalenza nella zona alta del cervello, nella corteccia cerebrale, mentre quella emotiva si trova nelle zone più basse, cioè nelle zone sottocorticali e nel tronco dell'encefalo. Queste due aree cerebrali sono tra loro in stretto legame e questa reciproca influenza è importantissima per un corretto e regolare funzionamento del sistema psichico e neurologico.

Di fronte alle sue diminuite performances cognitive l'anziano, per un meccanismo difensivo, potrebbe regredire a livelli di funzionamento ancora più bassi e ciò aggraverebbe ulteriormente la situazione con coloro che gli stanno intorno e instaurare così un circolo vizioso di incomprensioni, ulteriori sollecitazioni e comparsa di nuovi risentimenti. Al contrario, l'incoraggiamento e l'attivazione delle risorse emotivo-affettive produrrebbe un senso di benessere nella persona anziana con riduzione dell'ansia e dell'angoscia e influirebbe positivamente anche sulle sue capacità intellettive.

Spesso osserviamo un recupero delle capacità cognitive in queste persone non appena si sentono capite e sostenute nell'affrontare le difficoltà che, ai loro occhi, risultano molto gravose. Se questo modo di comportarsi con l'anziano diventa costante, egli potrà raggiungere una maggior tranquillità interiore e, di conseguenza, avere migliori relazioni con gli altri. Questa sensazione di benessere produrrà un'ulteriore gratificazione rinforzando l'autostima dell'anziano e così potrà innescarsi un circolo virtuoso con ulteriori miglioramenti, sia sotto il profilo affettivo-relazionale sia sotto quello intellettuale-cognitivo. Dunque queste trasformazioni nella sfera cognitiva e in quella emotivo-affettiva si influenzano reciprocamente e si compensano.

Nella loro esperienza clinica gli studiosi di Kairòs, osservando attentamente il comportamento di persone deteriorate mentalmente durante lunghi archi di tempo, hanno notato come in alcuni periodi esse appaiano ben orientate e lucide, mentre altre volte sembrano disorientate e confuse, impegnate in un continuo tentativo di ritrovare i frammenti del proprio Sè e rimetterli insieme. Se si offre al soggetto, caduto in questa situazione di frammentazione della propria identità, la possibilità di relazionarsi con una persona che si propone come oggetto ausiliario, in un clima transferale favorevole e non violento, la

ricerca estenuante di sé si attenua e l'economia psichica dell'individuo viene ad esserne notevolmente modificata (Le Goues, 1995). Per oggetto ausiliario intendiamo una persona che si presti a farsi investire di significati affettivi come lo è stata la madre nei primissimi stadi della vita di un bambino. La madre viene indicata, in questa teoria relazionale, con il sostantivo di primo oggetto. Date le condizioni di estrema dipendenza della persona deteriorata, specie se gravemente, l'oggetto ausiliario funziona come sostitutivo del primo oggetto, per estensione primo caregiver, e si assiste spesso al ristabilirsi di una relazione oggettuale più duratura.

Vogliamo meglio spiegare attraverso quale processo psicodinamico la fiducia di base si trasferisce sulla figura del caregiver. La perdita di persone significative (coniuge, amici, parenti) produce un'angoscia legata alla perdita dell'oggetto e quindi verrà messa in atto un meccanismo di difesa chiamato regressione, con cui l'anziano ritorna ad una condizione quasi infantile di dipendenza. L'investimento emotivo poggia sia sul piacere di percorrere un sentiero già conosciuto, quello dell'infanzia, e ritrovare narcisisticamente sé stessi, sia sul piacere di poter ritrovare ancora l'oggetto a condizione che questo sia familiare, rassicurante ed affettivamente presente. Il caregiver diventa quindi l'oggetto esterno di sostegno, un Io ausiliario, ovvero colui che fornisce un appoggio e una solidità psicologica all'anziano, essendo la sua stabilità psichica molto vacillante. Il caregiver diventa il veicolo attraverso cui l'anziano, inconsciamente, consolida i suoi meccanismi di compenso e le sue risorse residue e, al tempo stesso, riduce la sensazione di ansia e di abbandono derivanti dalla percezione della riduzione delle sue capacità psicofisiche, dal calo di autostima e dalla perdita di figure significative e rassicuranti della sua realtà quotidiana. Tutto ciò comporta, oltre all'attenuazione dell'angoscia, l'abbandono degli atteggiamenti regressivi e depressivi e la persona ricomincia ad investire affettivamente la realtà interna ed esterna riprendendo la formulazione del proprio pensare.

3. Il metodo P.Ro.M.O.T.®

Noi studiosi dell'Associazione Kairòs siamo fortemente convinti, poiché l'anziano è un soggetto unico e irripetibile che esprime una realtà interiore specifica, che si debba uscire dai comuni atteggiamenti di nichilismo terapeutico, figli di una cultura che ha una visione stereotipata della senescenza fondata sulla tesi che il declino della persona sia legato a processi di tipo organico inesorabili ed immodificabili, verso i quali non esistono possibilità di trattamento e che quindi richiedono un intervento di tipo meramente assistenziale e che giudica inutile qualsiasi intervento riabilitativo sull'anziano deteriorato. Crediamo che la persona anziana, anche nel caso di decadimento dovuto a problematiche organiche, possa essere aiutato a recuperare aspetti cognitivi, affettivi, relazionali deficitari e che si possa rallentare il processo di deterioramento attraverso una stimolazione specifica e personalizzata basata sulle conoscenze più attuali nel campo delle neuroscienze e della psicodinamica dell'invecchiamento.

Il gruppo Kairòs costruisce, sperimenta e applica il metodo P.Ro.M.O.T.®, il cui acronimo si esplica in Progressive ResOurces Mental Operative Training, cioè una metodologia globale di intervento che offre strumenti interpretativi e di gestione delle problematiche dell'essere anziano, in particolare della persona disorientata. Esso è stato concepito infatti per il recupero del deficit cognitivo e del disagio affettivo nelle persone anziane che presentano vari livelli di disorientamento e di demenza. Il metodo P.Ro.M.O.T.® pone come punto focale la relazione caregiver-anziano con l'obiettivo di migliorare il relazionarsi reciproco di ciascuno e, di conseguenza, compensare i deficit della persona rendendo più efficaci gli interventi riabilitativi delle funzioni intellettive. Anche nel caso di deterioramento organico in cui i neuroni, insieme alle loro connessioni sinaptiche, muoiono progressivamente, la stimolazione cognitivo-affettiva risulta utile perché può indurre i pochi neuroni rimasti a formare nuove connessioni in grado di far passare impulsi nervosi.

L'affettività è quindi la chiave di volta per poter influenzare in positivo la performance cognitiva di una persona disorientata e nello stesso tempo riequilibrare con dolcezza la sua economia psichica. La regolazione degli affetti è ruolo del sistema limbico: le componenti principalmente coinvolte sono, in ognuno dei due emisferi cerebrali, l'ippocampo (o corno di Ammone) e l'amigdala (che conferisce una colorazione affettiva alle informazioni cognitivo-sensoriali), i nuclei del setto e determinate circonvoluzioni della corteccia come il gyrus cinguli e il gyrus parahippocampalis, che sostiene l'ippocampo. Poiché alcune di queste aree sono strettamente collegate con le regioni della corteccia frontale, che sono al servizio delle attività integrativo-cognitive superiori, possono formarsi vaste zone di commutazione affettivo-cognitiva. In modo più specifico, l'elemento affettivo è dato dai neurotrasmettitori delle vie di associazione specificatamente interessate: questi vengono riattivati grazie a stimoli affettivi o cognitivi affini. Un tale imprinting affettivo potrebbe avere una parte nella formazione delle connessioni neurali facilitando, forse, una più stretta e forte interazione (Ciompi, 1993; Chellini, 2008).

Il metodo P.Ro.M.O.T.® vuole perseguire innanzi tutto il comprendere e facilitare le dinamiche interpersonali a livello familiare ed istituzionale e la riabilitazione della persona anziana tramite tecniche specifiche, mentre gli obiettivi di secondo livello sono il trasformare l'anziano da utente passivo a soggetto attivo che meglio utilizza le risorse su esso investite, la riduzione del degrado psico-cognitivo contraendo così le ospedalizzazioni improprie, nonché i ricoveri in strutture protette, con netto beneficio economico delle spesa delle famiglie e di quella pubblica e la diminuzione dei fenomeni di burn-out dei

caregivers e degli operatori professionali del settore. Il metodo è strutturato in moduli, fra di loro integrati, ma, allo stesso tempo utilizzabili separatamente, a seconda del tipo di realtà alla quale si rivolgono. I moduli si incentrano sull'informazione e la sensibilizzazione delle problematiche dell'anziano ai familiari e al suo ambiente sociale, sul Sensitivity Training rivolto agli operatori del settore geriatrico, su un eventuale inserimento dell'anziano nelle strutture istituzionali, solo se strettamente necessario, e sull'intervento psicoriabilitativo dell'anziano, che è la parte di cui ci occuperemo in questo articolo.

Formulata una diagnosi multidimensionale cognitivo-affettivo-relazionale, cioè una mappa articolata della situazione globale del soggetto, tramite i test di livello cognitivo, le informazioni di tipo psicodinamico e un colloquio strutturale, si potrà procedere ad una progettazione del tipo di intervento riabilitativo più utile alla persona in questione, che comporterà la definizione di un percorso individualizzato.

L'intervento psicoriabilitativo è strutturato in piccoli gruppi con un numero massimo di 10 partecipanti ed un conduttore che deve essere preferibilmente uno psicoterapeuta. E' articolato in due tipi di gruppi, che si differenziano per tipologia di contenuti. Il primo è denominato Arising Affect, il secondo Resources Race.

Nell'Arising Affect vengono attivate le capacità percettive, l'orientamento spazio-temporale e la memoria affettiva, funzioni che stanno alla base di tracce mnestiche sedimentate. In questo tipo di gruppo si risveglia e si recupera il piacere di funzionare e di relazionarsi con gli altri.

Nel Resources Race, rivolto a persone con capacità cognitive più integre, si mette in primo piano il rinforzo delle funzioni più strettamente cognitive e i meccanismi di compenso individuali.

Tutte le persone iniziano il percorso riabilitativo con l'Arising Affect, indipendentemente che esse abbiano un degrado più o meno marcato oppure siano in condizioni abbastanza buone. Dopo tre mesi si procederà ad una rivalutazione della situazione funzionale del soggetto, e si prenderanno le misure per fare eventuali modifiche al programma. Nell'arco di questi tre mesi, comunque non dovranno mancare le osservazioni puntuali sul comportamento espresso dalla persona in questione, sul modo in cui ha risposto alle stimolazioni e su eventuali problematiche che possono sorgere. In un secondo tempo, le persone anziane che hanno le risorse sufficienti, passano a partecipare al Resources Race.

La scelta del lavoro in gruppo è consigliabile perché l'anziano trae senz'altro beneficio dalla relazione con altre persone che condividono più o meno i suoi stessi problemi. Ciò l'aiuta a riemergere dall'isolamento in cui tende a cadere, a rispolverare le sue competenze sociali e a provarne piacere. Non da ultimo, l'aiuta a rispettare le regole della convivenza comunitaria, rendendosi conto che esistono anche le esigenze degli altri e non soltanto le proprie. Infine, nel lavoro con i gruppi, si è notata anche l'insorgenza di un comportamento di aiuto reciproco nella risoluzione dei piccoli problemi proposti dal conduttore e ciò facilita l'insorgenza di un senso di appartenenza ad un gruppo in cui identificarsi, aumentando l'autostima individuale.

La sperimentazione del metodo P.Ro.M.O.T.® è stata condotta su 124 partecipanti (si veda la Tabella 1) di classe sociale medio-bassa, ospiti case di riposo e centri diurni, con decadimento funzionale da lieve a medio-grave. La percentuale di persone affette da demenza era del 67%. I risultati ottenuti (riportati nella Tabella 2) sono stati significativi: per quanto riguarda i pazienti affetti da deficit cognitivo lieve si è visto che il 79% ha mantenuto il proprio livello di performance cognitiva e solo il 21% ha registrato un calo attestandosi ad un livello medio-grave; nei pazienti affetti da deficit cognitivo medio-grave il 31% è riuscito ad arrivare ad un livello di deficit lieve-normale. Anche per quanto riguarda il tono dell'umore i risultati (Tabella 3) sono stati soddisfacenti; infatti il 30% dei pazienti lievemente depressi è arrivato alla normalità e il 60% ha mantenuto il proprio stato, mentre il 33% dei pazienti gravemente depressi è riuscito ad arrivare alla normalità e l'11% è arrivato ad un livello di depressione lieve.

Tabella 1: statistica descrittiva del campione
Sesso: 96 femmine (77%) e 28 maschi (23%)

	MEDIA*	DS*	MIN*	MAX*
ETA'	84 (M=82; F=85)	7,20	65	99
SCOLARITA'	6,90 (M=6; F=7)	2,93	2	18

*N=124

Tabella 2: Tabella di contingenza del chi quadro: confronto performances inizio/fine riabilitazione

MMSE inizio	MMSE fine		Total
	Med-Gr	Liev-Norm	
Med-Gr	40 68,97	18 31,03	58 100,00
Liev-Norm	14 21,21	52 78,79	66 100,00
Total	54 43,55	70 56,45	124 100,00

Tabella 3: Tabella di contingenza del chi quadro: Confronto valutazioni tono dell'umore inizio/fine ciclo riabilitativo

GDS inizio	GDS fine			Total
	0-5	6-10	11-30	
0-5	36 75,00	6 12,50	6 12,50	48 100,00
6-10	12 30,00	24 60,00	4 10,00	40 100,00
11-30	4 11,11	12 33,33	20 55,56	36 100,00
Total	52 41,94	21 33,87	30 24,19	124 100,00

In sintesi gli obiettivi dell'intervento riabilitativo sono un rallentamento del processo di deterioramento, un ripristino di un livello migliore della qualità della vita stimolando le capacità residue e il mantenimento dell'autosufficienza, dell'autostima e della dignità della persona.

Mauro Cauzer: Psicologo Psicoterapeuta, Trieste
 Elisa de Morpurgo: dottore in Psicologia, Trieste

4. La malattia di Alzheimer

Fatte queste premesse, potremmo dire che non esiste il malato di Alzheimer, ma una persona a cui è stata fatta una diagnosi di Alzheimer. Infatti, nonostante esistano aspetti comuni che caratterizzano tutte le persone affette da tale malattia, riscontriamo delle differenze individuali legate alla storia di vita dei soggetti, alle loro esperienze specifiche del passato, alla loro organizzazione di personalità. Quindi il decorso della malattia si esplicherà con modalità, contenuti e tempi diversi da persona a persona. Le classificazioni di ordine scientifico servono pertanto a fini specialistici, alla comunicazione tra professionisti e la conoscenza di questa terminologia è utile a dialogare e comprendere meglio i nostri interlocutori esterni, ma è molto meno rilevante ai fini della nostra attività con la persona anziana, dove il rapporto interpersonale sarà messo in primo piano e quindi useremo modalità del tutto diverse per arrivare all'incontro con essa.

In casi particolari, il metodo P.R.O.M.O.T. può prevedere una riabilitazione individuale. Si tratta in genere di situazioni in cui è necessario il recupero specifico di determinate funzioni, su cui occorre insistere a lungo, e con procedure particolari.

Ad esempio, si può cercare di impegnare particolarmente nelle attività di tipo prassico una persona che è particolarmente carente in questo ambito. Quindi verrà incoraggiata a fare giochi di costruzione, come può essere il puzzle, verrà invitata a partecipare a laboratori di realizzazione di oggetti, sarà coinvolta nell'apparecchiare la tavola al momento dei pasti ecc. Non da ultimo sarà stimolata ad una maggior autonomia nelle operazioni di vestizione e di svestizione, di igiene personale, invitandola a fare da sola, pur rimanendole accanto, a sua disposizione, per un eventuale aiuto. Chi ha qualche problema di linguaggio verrà stimolato, anche con l'ascolto paziente, in particolar modo alla produzione e comprensione verbale.

Nella pratica clinica con gli anziani affetti da deterioramento grave, legato a problematiche organiche quali ad esempio i malati di Alzheimer, abbiamo incontrato dei casi in cui la durata del nostro intervento doveva essere modulata sulle esigenze di questo tipo di pazienti, e perciò non raggiungeva un quarto d'ora o mezz'ora al massimo. Ciò era legato alla loro estrema difficoltà a fissare l'attenzione ed al loro forte bisogno di muoversi spesso, che può essere definito un vero e proprio vagabondare. Coerenti con la considerazione che bisogna personalizzare il più possibile il tipo di interventi, ci siamo resi conto che dovevamo apportare delle varianti alla nostra consueta metodologia. Sempre convinti che gli aspetti emotivi siano il mezzo migliore per riallacciare i fili simbolici che legano insieme le tracce mnestiche sedimentate e diano loro un senso compiuto, però, ci siamo trovati di fronte persone che avevano perso quasi completamente la capacità di simbolizzazione e di astrazione.

Per trovare una soluzione a questa problematica, per alleviare l'angoscia di queste persone così mentalmente deteriorate e per migliorare la qualità della loro vita, abbiamo cercato di analizzare la costruzione della capacità di simbolizzare, come avviene nei primissimi stadi del nostro sviluppo mentale, nel tentativo di poter rifare a ritroso questo percorso o, almeno, di dare più solidità ad alcune fasi di questo processo, di fronte al progressivo sfaldarsi delle specifiche funzioni cognitive.

5. La simbolizzazione

La parola "simbolo" deriva dal greco che vuol dire "unificare", "raccogliere", "integrare" e il processo della formazione dei simboli è un processo continuo di collegare ed integrare l'interno con l'esterno, il soggetto con l'oggetto, le primitive esperienze sensoriali con le successive. La capacità di formare simboli, in seguito agli studi psicoanalitici su gli aspetti meno evoluti e patologici della simbolizzazione, non è qualcosa di acquisito e comune a tutti gli esseri umani, ma piuttosto come una potenzialità che può svilupparsi o no e che può essere perduta in situazioni sfavorevoli, una volta acquisita.

Crediamo che la simbolizzazione sia una relazione a tre termini, un rapporto tra la persona, l'oggetto e il simbolo e la formazione del simbolo è una attività della persona che tenta di destreggiarsi con le angosce derivanti dal suo rapporto con l'oggetto. Ciò appartiene ai primi stadi dello sviluppo, ai processi più arcaici e primitivi della mente, molto vicini al funzionamento corporeo.

Infatti le sensazioni fisiologiche improntano il funzionamento mentale primitivo di un neonato che, dopo essere stato contenuto nel ventre materno, annaspa con le mani nell'aria perché non riesce più a toccare alcuna parete di confine. Per questo motivo il toccare rappresenta una modalità di rapportarsi con l'ambiente circostante che durerà a lungo fino a quando la mente non sarà in grado di raggiungere una consapevolezza dei confini di sé, che fisicamente sono i limiti della propria pelle. La mente comincia ad attivarsi selezionando determinati funzionamenti parziali del corpo, vissuti attraverso le sensazioni che li accompagnano come il ripetersi ritmico del funzionamento alimentare dei primi mesi con le relative sensazioni olfattive e gustative. Per la ripetitività, per la capacità di gratificazione e di appagamento, questi vissuti saranno i primi ad acquistare un senso mentale. Durante la nutrizione, anche le sensazioni tattili che il neonato prova nella bocca o nelle mani, pronte a stringersi con qualsiasi cosa venga a contatto con la zona palmare, diventano una delle prime esperienze trattenute dalla mente primitiva.

La memoria mentale, sulla quale si va formando il senso di sé nei primi mesi di vita, è pertanto necessariamente frammentaria e non può dar luogo che a un senso di sé frammentario. Sarà compito della madre, il primo oggetto e primo caregiver, attraverso l'abituale corrispondere ai bisogni del bambino, tenere insieme questi frammenti nel periodo in cui il bambino non ha ancora la capacità mentale di tenere insieme sé stesso ed è ancora molto lontano da una prima immagine mentale di sé, come di uno spazio racchiuso da un confine corporeo separato dallo spazio esterno. Il piccolo vive semplicemente delle sensazioni che soddisfano delle tensioni, il corpo è la sola via di espressione perché la mente non né ancora pronta a rappresentarle.

Dopo cinque-sei mesi dalla nascita biologica, il bambino si accorge della sua separazione dalla madre, comincia a "percepire" qualcosa e non soltanto a "sentire" qualcosa, passa dalla sensazione, che rende tutto uguale a sé, alla percezione che riguarda invece qualcosa al di là di sé, che non fa parte di sé. Nel distacco emerge la paura del vuoto intorno e di disperdersi in quel vuoto, ma sarà già possibile percepire l'esterno mentalmente.

Crediamo che questa sia la forma di angoscia che prova una persona fortemente deteriorata quando la carenza di memoria sta dissolvendo la propria storia individuale minando un elemento portante della

propria identità che, frammentandosi, perde la sua coesione: l'angoscia di andare in pezzi, di disperdersi nello spazio oppure di scomparire, di annientarsi.

Ritornando alla genesi della formazione del simbolo, essa avviene a causa dell'assenza dell'oggetto. Il neonato che ha fame e non è messo al seno, ha una serie di percezioni sensoriali sgradevoli vissute come rabbia, dolore, frustrazione da cui si sente annientato e nel tentativo di liberarsene lo proietta all'esterno. Se la madre è in grado di contenere tutto questo e di trasformarlo, attraverso la sua capacità di reverie in sentimenti tollerabili che il neonato introietta, la frustrazione diventa sopportabile e nel bambino si forma il pensiero dell'oggetto assente. Il pensiero quindi affonda le sue radici negli affetti che gli stimoli sensoriali non immediatamente soddisfatti suscitano, collega tra loro le percezioni sensoriali per mezzo di legami emotivi e ha la funzione di permetterci di tollerare e di conoscere la realtà

La formazione dei primi simboli segna uno spostamento di interesse dal corpo agli altri oggetti e sta alla base del progressivo aumento di significati dati al mondo esterno e la propria realtà psichica può essere sperimentata come diversa dalla realtà esterna che viene riconosciuta e investita di affetti e fantasie. Avviene la nascita del pensiero.

Il simbolo è sentito rappresentare l'oggetto e le sue caratteristiche sono riconosciute, rispettate e usate, mentre nella patologia c'è l'incapacità di vedere in un oggetto altri significati oltre a quello obiettivo perché nella mente della persona deteriorata non c'è spazio per la contemporaneità dei significati.

Le funzioni cognitive sono quelle capacità che ci permettono una corretta interpretazione e gestione delle informazioni, vale a dire la memoria, l'attenzione, la percezione, il riconoscimento e la comprensione delle informazioni del mondo esterno, la capacità di dare risposte adeguate e di farsi capire con le parole e le azioni, l'orientamento nello spazio e nel tempo. La capacità di simbolizzazione implica l'utilizzo di varie funzioni cognitive, come la capacità di astrazione, le abilità logiche, la capacità di apprendimento, di attenzione, di memoria e di ragionamento. Va dunque precisato che la capacità di simbolizzazione non è legata a una singola struttura in una specifica area cerebrale, ma si basa sull'integrità di una complessa rete nervosa con importanti nodi cortico-sottocorticali.

Per quanto riguarda il linguaggio, De Nigri (1999) riporta come la funzione verbale sia uno degli aspetti della più vasta funzione "semiotica". Per funzione semiotica si intende quella particolare attitudine alla simbolizzazione, che si sviluppa alla fine del secondo anno di vita e di cui il linguaggio è l'espressione più complessa. Essa rende possibile l'utilizzazione dell'esperienza attraverso processi di concentrazione, abbreviazione e interiorizzazione, che iniziano con l'imitazione differita, il gioco simbolico, la prima manipolazione prassica e le prime associazioni di parole con intenzioni predicative. La funzione del linguaggio, dunque, appartiene all'ambito delle funzioni psicoperceptive e psicomotorie superiori, cioè alle funzioni prattognostiche, delle quali può essere considerata quella più differenziata e complessa. Si deve in questo ambito intendere per "linguaggio" la funzione globale: non soltanto uditiva e fonetica, ma anche visuo-percettiva e visuomotoria. La strutturazione della funzione verbale non può così prescindere da una stretta correlazione con le altre funzioni psico-percettive, psico-motorie e simboliche, alle quali è strettamente correlata.

De Nigri (1999) inoltre riporta come, per quanto riguarda gli aspetti neuro-fisiologici del linguaggio, siano note le dottrine sulle localizzazioni cerebrali (i classici centri verbomotorio di Broca e verboacustico di Wernicke, rispettivamente localizzati nella III circonvoluzione frontale ascendente e nella I e II circonvoluzione temporale dell'emisfero dominante). Tali dottrine oggi vengono considerate in una più ampia prospettiva psico-biologica: la funzione fonatoria non è da concepirsi come pertinente ad un solo emisfero, anche se uno solo (quello dominante) ne sviluppa gli aspetti più differenziati (simbolici e linguistici). Ciò trova una base anche nei dati anatomofisiologici, secondo i quali le aree di "proiezione primaria" delle regioni acustiche corticali (circonvoluzione di Heschl dei lobi temporali) inviano rispettivamente proiezioni alle regioni omologhe di entrambi gli emisferi. È comunque da tempo ammesso che il vecchio concetto statico di "centro anatomico" non è più valido: esso è sostituito da un concetto più dinamico e plastico, che vede nella funzione del linguaggio, piuttosto che l'attività di centri univoci e circoscritti, quella della corteccia cerebrale intesa come un tutto, in cui si attuano prevalenze distrettuali più "specializzate" (Goldstein, 1948).

Gli studi di tomografia cerebrale più recenti, inoltre, hanno messo in evidenza che diverse parti della corteccia frontale sinistra sono coinvolte nell'elaborazione della struttura (sintassi) e nel significato (semantica) di una frase: tali studi, quindi, hanno suggerito che la distinzione psicologica tra questi due aspetti del linguaggio abbia una correlazione neuroanatomica (Vigliocco, 2000).

Nelle demenze la capacità di simbolizzazione viene compromessa a diversi livelli e questo deficit può essere ricondotto al malfunzionamento di varie zone cerebrali.

Govoni e Racchi (2000) riportano come la demenza fronto-temporale presenti come tratto distintivo l'atrofia fronto-temporale con perdita neuronale, vacuolizzazione e gliosi che colpiscono sia la sostanza grigia che la bianca. La perdita neuronale comprende la corteccia frontale, temporale anteriore, cingolata anteriore e insulare anteriore. All'interno del lobo frontale vanno distinte le porzioni della corteccia

prefrontale ventromediale e orbitofrontale, la cui lesione comporterebbe la compromissione della capacità di giudizio, e la porzione dorsolaterale mesiale, la cui lesione comprometterebbe la memoria di lavoro. Nella malattia dementigena tutte le alterazioni descritte in caso di lesioni focali possono essere presenti secondo un pattern temporale progressivo col procedere del processo neurodegenerativo e interdigitarsi in quanto l'area di lesione è meno definita.

Capurso e colleghi (2000) riportano come nei pazienti affetti da demenza fronto-temporale il comportamento possa diventare rigido, inflessibile e perseverativo. La presenza di oggetti nelle immediate vicinanze può stimolare azioni collegate all'oggetto stesso che non hanno però nessuna rilevanza nel contesto ambientale in cui si svolgono. In questi pazienti deficit di astrazione, pianificazione e autoregolazione si associano portando a perseverazione e rigidità mentale, con difficoltà di organizzazione e sequenziazione del pensiero logico. Le manifestazioni cliniche sono caratteristiche della disfunzione dei lobi frontali. Spesso accade che l'anziano non riesca più a maturare un pensiero autonomamente quando si affronta un qualsiasi argomento di discussione e come risposta ripete sempre la stessa cosa. Difficilmente sarà in grado di formulare un ragionamento e di esprimere un'opinione personale. Con la perdita della memoria viene meno anche la capacità di rievocare e collegare le cose. Accade così che l'anziano non sia nemmeno in grado di dare un significato stabile ad un oggetto percepito per un deficit della capacità di astrazione. Ciò avviene perché gli "oggetti interni" tendono a deteriorarsi. L'anziano non può riconoscere o collocare un oggetto nello spazio-tempo dal momento che, nella sua mente, il ricordo di quell'oggetto è svanito. Non è in grado di ricordare una cosa che per lui, in quel momento, non è mai esistita.

Un tipo di demenza fronto-temporale è la demenza semantica. Questa è caratterizzata dalla perdita del significato delle parole e dal deterioramento nel riconoscimento di volti e oggetti, è una delle manifestazioni cliniche della degenerazione del lobo frontotemporale ed è associata ad atrofia del giro temporale inferiore e medio. I pazienti possono presentare problemi nella denominazione e nella comprensione di parole, o nel riconoscimento di volti e oggetti, la predominanza del verbale o non verbale riflette l'accentuazione dell'atrofia sul lobo temporale destro o sinistro. La perdita della conoscenza semantica in questi pazienti può includere la perdita della capacità di comprendere il senso delle parole e il significato di oggetti come anche il fallimento nel riconoscere odori, sapori, stimoli tattili e suoni non verbali (come lo squillo di un telefono o di un campanello). Tuttavia le abilità sensoriali primarie sono ben conservate, così i pazienti non hanno difficoltà nel notare la presenza di stimoli visivi, uditivi, tattili od olfattori e nel distinguere dove due stimoli sono uguali o differenti. La difficoltà si trova a livello semantico, nell'assegnare un'identità a stimoli che sono normalmente percepiti. La perdita concettuale tuttavia è spesso parziale (Snowden et al., 1989; Hodges et al., 1992; Snowden et al., 1996).

In uno studio Cross e colleghi (2008) hanno esaminato l'indebolimento dell'aspetto semantico in un gruppo di soggetti affetti da Morbo di Alzheimer, un gruppo affetto da demenza semantica e un gruppo di controllo, sottoposti ad un compito di giudizio di argomentazioni riguardanti categorie naturali e artificiali. I risultati hanno messo in luce come i pazienti affetti da demenza semantica abbiano mostrato un profilo di generalizzazione semantica, senza la prova che ci fosse una distinzione categoriale tra esemplari naturali e artefatti. I pazienti affetti da Alzheimer hanno mostrato di avere più difficoltà rispetto al gruppo di controllo nel distinguere tra naturali e artificiali e la loro scarsa performance è riconducibile a un deficit di categorizzazione semantica.

La presenza di malattie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, porta alla comparsa di deficit di memoria episodica dichiarativa (quella che permette la rievocazione consapevole di fatti personali, eventi datati nel passato e le loro relazioni), alla compromissione delle funzioni esecutive con un notevole impatto sullo svolgimento delle attività quotidiane, causando problemi familiari, e in aggiunta a deficit linguistici, con difficoltà di comprensione e di interpretazione (Tabosa Ferreira et al., 2009).

In uno studio condotto da Smith e colleghi (2001) sono state indagate le relazioni semantiche sovraordinate ed il ruolo delle risorse cognitive nel ragionamento induttivo in pazienti con probabile morbo di Alzheimer. I risultati ottenuti dagli Autori mostrano come la conoscenza semantica sia sufficientemente conservata nei pazienti affetti da tale demenza a sostegno della capacità di ragionamento, ma le limitate risorse cognitive possono interferire con la loro abilità nel considerare l'intero spettro di informazioni disponibili durante un compito semantico.

Accorrà e colleghi (2004) riportano come contemporaneamente al deficit di comprensione ed al deficit di attenzione nel morbo di Alzheimer si associ una difficoltà di ragionamento astratto, in parte attribuibile alla comprensione lesa, in parte alla difficoltà di esecuzione mentale di procedimenti logico- astratti. Da un punto di vista anatomico le due funzioni interessano aree cerebrali in parte diverse. Da un lato, il rallentamento dell'ideazione, con conservazione dei contenuti, può essere l'espressione di un interessamento del sistema sottocorticale, d'altra parte la limitazione della logica astratta può essere l'espressione di un processo patologico ad interessamento primariamente corticale: l'atrofia corticale non sempre esclude quella sottocorticale, dimostrando corretto, in questi casi, parlare di un coinvolgimento del sistema cortico-sottocorticale.

Nel morbo di Alzheimer i pazienti sono colpiti da atrofia parietale. Lurija (1974) sosteneva che la regione parietale inferiore sinistra fosse una regione di convergenza di informazioni derivate da diverse modalità sensoriali e che fosse responsabile a livello funzionale della conversione degli eventi sensoriali provenienti dal mondo concreto in astrazioni di ordine più elevato e in concetti logico-grammaticali; l'Autore riteneva che tali operazioni fossero facilitate dal linguaggio e costituissero basi per le attività intellettive come la classificazione, la categorizzazione, l'immagazzinamento e il recupero dell'informazione. Più recentemente, Mesulam (1998) ha sostenuto che la regione transmodale funzioni come un sistema di indirizzari (directory) che servono a legare insieme le informazioni significative. Kosslyn (1990) ha individuato la regione parietale sinistra come responsabile della memoria associativa, in quanto riceve input da modalità sensoriali multiple, immagazzinando le associazioni tra eventi e oggetti specifici. Da un punto di vista metapsicologico possiamo parlare quindi di attività di associazione e simbolizzazione.

6. Un protocollo individuale di riabilitazione psicosensoriale

Oggi è ormai ampiamente dimostrato che esiste una certa plasticità del cervello non solamente nelle prime fasi di vita come si credeva in passato, ma anche negli adulti (Cappa, 2006). L'organizzazione del sistema nervoso quindi non è "fissata" alla nascita, ma passabile di modificazioni che sono responsabili della ripresa funzionale spontanea e non. Tale plasticità strutturale sembra essere condizione necessaria alla riorganizzazione delle aree corticali ancora indenni attraverso meccanismi compensatori e con una conseguente riorganizzazione del sistema nervoso centrale attraverso strategie alternative (Cabib e Pizzamiglio, 2007). È possibile rallentare la neurodegenerazione corticale, lenta ma progressiva, caratteristica delle demenze. Affinché i processi di riorganizzazione corticale abbiano luogo, l'ambiente deve fornire una specifica stimolazione volta a compensare i deficit. Oggetto della riabilitazione neuropsicologica è creare questa stimolazione ambientale con un approccio olistico ed individualizzato, che risponda ai bisogni cognitivi, emotivi e motivazionali del paziente. Lo scopo della riabilitazione neuropsicologica è di migliorare l'adattamento funzionale del paziente nonostante il danno cerebrale subito (Mazzucchi, 2006).

Come riportano Antonelli e Melli (2004) "la riabilitazione geriatrica si prefigge il duplice obiettivo di limitare l'impatto di condizioni disabilitanti e di stimolare e potenziare le capacità residue, incentivando e supportando le motivazioni ed i bisogni attraverso l'intervento che si attua sull'individuo e sull'ambiente. Si configura come un approccio multidimensionale, che coinvolge il paziente, diverse figure professionali, la famiglia e l'ambiente in cui vive, per portarlo a raggiungere la migliore qualità di vita possibile sul piano funzionale, fisico, sociale ed emozionale, riducendo al massimo le restrizioni alle sue personali scelte operative". Diverso è, invece, il modo d'intendere la riabilitazione dell'anziano demente grave, affetto da Morbo di Alzheimer, ad esempio. In questo caso "l'obiettivo realistico dell'approccio riabilitativo del paziente demente consiste nel rallentamento della malattia piuttosto che nel ripristino della funzione lesa". La riabilitazione con questo tipo di pazienti, così compromessi fin dalla fase intermedia della malattia, deve avere lo scopo di migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari. Inoltre, più che di "riabilitazione", con i pazienti affetti da demenza di Alzheimer sarebbe più corretto parlare di "riattivazione", vale a dire tutti quegli interventi di ordine fisico e psichico, rivolti non tanto ad un singolo apparato o ad una singola funzione, quanto a stimolare il paziente ad incentivare i residui interessi per tentare di ostacolare il decadimento generale della persona.

Per un malato di Alzheimer la necessità di "massimizzare" e anche, insieme "adattarsi" al proprio ambiente è non solo utile ma costantemente necessaria, essendo questa una malattia che muta continuamente nel tempo. Le possibilità riabilitative per il paziente demente, quindi, non vanno identificate con la sola stimolazione cognitiva, ma è tutto il campo delle disfunzioni vitali, personali e sociali, che deve essere valutato, stimolato e aiutato; non a caso si parla sempre più spesso di "riattivazione globale" per la persona con demenza (Zanetti e Metitieri, 2002). Questa globalità è motivata dalle caratteristiche della malattia: la demenza è una malattia che tende ad interessare vaste aree del cervello, ma questo non significa però che tutte le funzioni o le aree cerebrali siano compromesse nello stesso modo; la demenza è una malattia che muta costantemente non solo da paziente a paziente, ma anche e soprattutto nel tempo, e questo porta necessariamente ad adattare obiettivi e metodi della riabilitazione in funzione dello stadio clinico, ma anche della storia della persona; la demenza è una malattia "sociale", in cui si ammalava un intero nucleo familiare più che una singola persona, e in cui il ruolo di sostegno di chi cura è importante quasi quanto quello del malato, quindi la gerarchia dei sintomi e delle disabilità più importanti deve essere costruita tenendo conto anche del loro impatto sull'ambiente e sulla convivenza (Guaita e Vitali, 2004).

Abbiamo visto come nell'anziano fortemente deteriorato la capacità linguistica sia decisamente compromessa. Come riporta Bottura (2009) "prima o poi il malato di Alzheimer taglia questo traguardo relazionale: la parola non serve più. È un processo lento e progressivo e si stempera in un impoverimento progressivo degli strumenti verbali, delle ricchezze dei termini, della simbolizzazione delle parole, della congruità delle frasi, dell'adeguatezza del linguaggio. E quando il codice verbale non si correla più con la

comunicazione classica, cosa succede? Forse solo l'importanza dei linguaggi non verbali: la mancanza di una funzione può portare a due alternative: o all'annichilimento depressivo di qualcosa che manca, o all'incremento opportunistico di altre funzioni residue. Il demente, anche se molto deteriorato, inconsciamente ha intuito che la seconda strada è preferibile. E allora tocca di più, ride, cammina, delira, si arrabbia, desiste, accarezza, sorride, piange disperatamente, urla, fugge, tace, danza: comunica. Questa gamma incredibile di modalità di parlare al mondo andrebbe molto più studiata, capita, utilizzata nella relazione, nella terapia, nell'educare il paziente. Sì, perché si può educare anche un malato di Alzheimer: può ancora apprendere. E così sfruttando il tatto, la sintonia musicale, la dolcezza delle parole si entra in comunicazione anche con i dementi, si riscoprono i sorrisi, si risvegliano reminiscenze sopite, sicurezze lontane".

Cercando delle alternative per risolvere il problema della carenza della comunicazione verbale in persone affette da demenza avanzata nella pratica riabilitativa, negli ultimi anni uno dei metodi utilizzati è quello della stimolazione psicosensoriale.

La stimolazione psicosensoriale viene effettuata, in genere, attraverso un training psicosensoriale, ovvero una terapia atta a potenziare le capacità dei sistemi di percezione sensoriale attraverso il canale visivo (con l'ausilio di foto, disegni, filmati, diapositive), uditivo (suoni, rumori, musiche), tattile (oggetti e materiali di diverso tipo) e olfattivo (essenze e prodotti vari), proponendo stimoli inizialmente semplici e successivi sempre più complessi e interferenti (secondo un ordine gerarchico bottom-up). Alcune ricerche ne hanno dimostrato l'efficacia nell'influenzare positivamente attenzione, memoria, capacità di previsione e di giudizio di soggetti anziani (Bower, 1967).

Negli ultimi anni sono stati svolti alcuni studi sulla stimolazione sensoriale, dal momento che altri metodi di riabilitazione non davano risultati se applicati agli anziani affetti da demenza grave. Numerosi autori hanno infatti dimostrato sia come un ambiente con pochi stimoli abbia un'influenza poco costruttiva sullo stato cognitivo dell'anziano (Liederman et al., 1958; Norberg et al., 1986; MacDonald et al. 2002) sia come il fatto di non riuscire a percepire in maniera adeguata tutti gli stimoli che l'ambiente offre, indifferentemente che essi siano pochi o troppi, abbia notevoli conseguenze per la salute e la qualità di vita dell'anziano deteriorato.

Una conseguenza di un'errata interpretazione degli stimoli ambientali è l'agitazione comportamentale che si verifica nei pazienti affetti da morbo di Alzheimer, che può risultare ingiustificata se osservata da un soggetto esterno ad una prima analisi superficiale. Ma una spiegazione di questo comportamento può essere data andando ad analizzare più fondo la natura dei deficit causati da una malattia neurodegenerativa.

Un esempio è dato dai deliri di persecuzione che può mostrare una persona anziana affetta da demenza che vive ancora da sola a casa e che possono risultare incomprensibili. Andando a ricercare le cause di questo disturbo si potrebbe scoprire che l'anziano è ormai prosopagnosico e, guardandosi allo specchio e non riconoscendosi più, percepisce la sua immagine come quella di un soggetto estraneo che lo segue e lo "spia" per la casa, causando dunque tali deliri. O ancora, potremmo trovarci di fronte al caso di un anziano che si mostra molto spaventato davanti alla semplice idea di attraversare una stanza: andando a ricercare le cause di questo comportamento si potrà magari osservare che il pavimento di questa stanza è a scacchi bianchi e neri e si potrà quindi ipotizzare che i quadrati neri potrebbero essere percepiti da un anziano deteriorato come buchi: da qui la paura giustificata di attraversare una stanza con dei buchi sul pavimento. Un fenomeno simile avviene ponendo uno zerbino nero davanti alla porta di casa: l'anziano potrebbe provare paura o ansia all'idea di uscire di casa semplicemente perché percepisce il tappeto come un fosso invalicabile. Un ulteriore esempio di un comportamento apparentemente incongruente che può manifestarsi in un anziano deteriorato potrebbe essere rappresentato da un paziente intento a mangiare tranquillamente le foglie di una pianta presente nella sua stanza: il problema in questo caso è dettato dall'errata interpretazione della percezione del colore verde: i soggetti vengono ingannati da questo colore, che automaticamente associano alla verdura (fortemente caratterizzata da tale colorazione), che hanno sempre mangiato in vita loro. Anche in questo caso quindi un comportamento a prima vista incomprensibile trova una giustificazione se si osserva considerando in modo più approfondito la natura e le conseguenze dei deficit di una malattia neurodegenerativa.

Questi sono solo alcuni degli esempi di come un'errata percezione di uno stimolo possa influenzare il comportamento e l'umore degli anziani deteriorati. Uno degli obiettivi della stimolazione psicosensoriale è quello di ovviare con degli esercizi mirati a questo tipo di problema andando, ad esempio, a rinforzare e ridefinire l'ordine delle categorie percettive. Nel momento in cui in una data seduta si chiede al paziente, ad esempio, di tentare di elencare una serie di oggetti di un certo colore, l'obiettivo è quello di ristabilire un certo grado di consapevolezza riguardo alla percezione del mondo esterno, tale per cui l'anziano coinvolto in questo compito possa rendersi conto che non è solo la verdura ad essere verde, ma anche l'erba, le foglie e via dicendo. In altre parole l'anziano, con il progredire della malattia, perde sempre di più la capacità di simbolizzazione e di decodifica, indispensabili per una corretta interpretazione dell'ambiente che lo circonda, lasciando sempre più spazio ad un mondo incentrato sulle percezioni dirette e immediate, contraddistinte da un pensiero concreto e non astratto.

Basandosi sui presupposti finora analizzati e nello sforzo di migliorare i risultati del metodo P.Ro.M.O.T.® anche con persone che avevano perso in gran parte la capacità di simbolizzazione e di astrazione, l'Associazione Kairòs di Trieste (Pontin e Prestia) ha elaborato un protocollo sperimentale di riabilitazione psicosensoriale e rifacendosi al metodo per la stimolazione cognitiva "Our Time" di Spector e colleghi (2006), lo riadatta e lo integra con attività mirate a mantenere queste risorse residue. Anche se l'anziano perde la capacità di parlare, questo non significa che perda anche quella di comunicare e il limite della parola può essere sopperito da altri canali comunicativi. Il protocollo crea un canale comunicativo principalmente attraverso i sensi. Inoltre abbiamo visto come la loro capacità di simbolizzazione sia frammentata, ma non completamente persa: permangono dei residui che possono ancora essere utilizzati e rinforzati.

Il "Protocollo individuale di stimolazione psicosensoriale" elaborato dall'Associazione Kairòs prevede un percorso di 14 incontri, dove in ogni seduta viene stimolato uno specifico dominio sensoriale. La persona prima di intraprendere questo percorso viene sottoposta a una serie di test neuropsicologici di screening, al fine di valutare il suo stato di partenza cognitivo, affettivo e di consapevolezza e per poter programmare il percorso riabilitativo nel modo più consono alla sua storia personale. In alternativa al canale verbale il protocollo punta sulla stimolazione delle capacità visiva, uditiva, olfattiva, gustativa e tattile. Durante gli incontri gli esercizi vengono effettuati con l'ausilio di materiali come immagini, essenze profumate, suoni e melodie, oggetti da toccare, utilizzati in concomitanza della funzione prevista per quella seduta allo scopo di migliorare la sollecitazione.

Le attività previste riguardano principalmente giochi con movimenti allo scopo di creare dialoghi conoscitivi mediati da immagini o da oggetti e di migliorare l'orientamento nello spazio e nel tempo; riconoscimento di materiali duri e morbidi (canale tattile); riconoscimento di suoni e canzoni (canale uditivo); riconoscimento di sapori e categorizzazione di cibi (canale gustativo); discriminazione e rievocazione di odori (canale olfattivo); riconoscimento di volti e luoghi noti alla persona (canale visivo); stimolazione della capacità di produrre elementi lessicali facenti parte di svariate categorie (ad esempio frutta, verdura, animali della fattoria ecc), oppure collegati semanticamente o fonologicamente tra di loro; rievocazione di canzoni e proverbi per stimolare la capacità di comprendere ciò che viene letto od ascoltato e di ripetere quanto è stato compreso; categorizzazione di oggetti; giochi semplici di memoria e attenzione.

L'ordine in cui si succedono gli incontri è importante, dal momento che vengono prima sollecitate le funzioni base con esercizi più semplici, per poi aumentare la difficoltà delle attività proposte e stimolare funzioni più complesse, secondo un ordine bottom-up. Trattandosi di incontri individuali il protocollo è stato studiato in modo da dare molta importanza alla personalizzazione delle attività, così da aumentare l'interesse e la motivazione della persona che si sottopone al trattamento. Un esempio può essere dato dalla scelta delle canzoni utilizzate nell'esercizio di riconoscimento per la stimolazione acustica: si possono proporre canzoni che abbiano un maggior significato per la persona, magari legate agli anni in cui era giovane. Un altro esempio è quello della scelta delle immagini proposte negli esercizi di luoghi e volti noti alla persona. Tenendo sempre presente il ruolo fondamentale svolto dall'affettività nel rinforzare le residue risorse cognitive, prima di applicare il Protocollo si contattavano i familiari del paziente per ottenere tutte le informazioni necessarie sulle fasi della sua storia individuale: gli eventi importanti, le gioie, i successi, le crisi, le perdite. Venivano richieste delle fotografie che illustrassero le varie fasi di questo percorso esistenziale.

Il protocollo elaborato dall'Associazione è in fase di sperimentazione, ma finora il suo utilizzo con alcuni pazienti affetti da demenza ha già dato risultati che sembrano essere molto positivi e che hanno incoraggiato gli studiosi a continuare la ricerca. Nel 2009 il protocollo è stato utilizzato con dei pazienti affetti da morbo di Alzheimer, di età compresa tra i 70 e gli 80 anni, che erano stati inizialmente valutati attraverso alcuni test di screening. Ogni attività è stata presentata nella maniera più leggera possibile, con frequenti momenti di interazione, gioco, allegria e condivisione con l'operatore. I pazienti hanno risposto bene alle attività proposte, si sono adattati e hanno seguito con interesse e partecipazione. Oltre alla riattivazione cognitiva è stato osservato un miglioramento generale del tono dell'umore. È stato apprezzabile il confronto tra il livello alla baseline e quello a fine progetto di interesse, comunicazione, divertimento, umore e relazione con l'operatore di ciascun paziente. Il miglioramento in tutti i campi esaminati è stato lento e costante. Si è potuto anche notare un miglioramento delle prestazioni cognitive confrontando i risultati alla baseline ed alla fine del progetto, basato sui punteggi ottenuti al Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) che è un test di screening globale per il deterioramento cognitivo.

I familiari dei pazienti hanno partecipato ad alcune sedute assieme ai loro parenti e hanno compilato un questionario finale sulla qualità del servizio erogato; in media, l'intervento ha risposto alle aspettative dei familiari con una percentuale dell'80%.

La stimolazione psicosensoriale si è dimostrata efficace, con il consolidamento dei vari passaggi sensoriali e percettivi che portano alla costruzione del simbolo, non solo nel mantenere od aumentare leggermente il livello di base delle attività mentali dei partecipanti, ma anche e soprattutto nel migliorare il tono

dell'umore diminuendo episodi di tipo ansioso/depressivo e aggressivo, favorendo la comunicazione e lo scambio, permettendo il fluire libero delle emozioni e dei ricordi di tutti i pazienti trattati.

7. Conclusioni

Abbiamo visto in questa sede come la persona affetta da morbo di Alzheimer vada incontro ad una serie di perdite importanti che compromettono la qualità della sua vita, del rapporto che ha con gli altri e con il mondo che lo circonda. Tra queste perdite la frammentazione della capacità di simbolizzazione svolge un ruolo considerevole. L'importanza di comprendere a fondo la natura di tali deficit è essenziale per poter trovare un significato che spieghi alcuni comportamenti che spesso possono apparire "bizzarri". La riabilitazione nelle fasi avanzate di questa malattia neurodegenerativa dovrebbe considerare e basarsi sulle capacità residue del paziente, cercando canali di comunicazione alternativi a quelli verbali, che purtroppo si perdono nelle fasi avanzate della malattia. La stimolazione psicosensoriale sembra essere da questo punto di vista una soluzione adeguata che porta ad ottenere risultati soddisfacenti.

Riferimenti bibliografici

- Accorrà D., Mazzarini L., Girardi P., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Tartarelli R. (2004). Valutazione neuropsicologica e comportamentale nel morbo di Alzheimer. *Ann. Ist. Super Sanità*. 40(4): 485-493.
- Battacchi M.W. (1988). Trattato enciclopedico di psicologia dell'età evolutiva. Vol 1-Tomo 3. Piccin Nuova Libraiia, Padova.
- Bottura R., (2009). Alzheimer. Il sole dietro la nebbia. Guaraldi
- Bower HM. (1967). Sensory Stimulation and Treatment of senile dementia. *Med J Austral I*:1113-9.
- Cabib S., Pizzamiglio L. (2007). La plasticità cerebrale e il recupero dei deficit neuropsicologici. In Vallar G. e Papagno C. (a cura di) *Manuale di neuropsicologia clinica ed elementi di riabilitazione* (pp 53- 61). Bologna, ed. Il Mulino.
- Cappa S.F. (2006). Le basi neurologiche del recupero dopo lesione cerebrale. In Mazzucchi A. (a cura di) *La riabilitazione neuropsicologica, premesse teoriche e applicazioni cliniche* (pp. 1-8). Ed. Masson.
- Capurso A., Panza F., Solfrizzi V., Capurso C., Torres F., Mastroianni F., Monti M. (2000). Sindromi cliniche nell'atrofia lobare fronto-temporale. *Dementia Update*. Numero 6, Gennaio.
- Cauzer M., Ceruti M.L., Offer G. (2009). La riscoperta dell'affettività nella psicoriabilitazione dell'anziano. In Ciancusi L., Baldassarre M., Petrini P. (a cura di) *Lutto e separazione*(quaderni di psicoterapia IV). Alpes Italia, Roma
- Cauzer M., Kaldor K., Offer G., Rizzato P. (2003). Il Metodo P.Ro.M.O.T.® La ri-scoperta dell'affettività nella riabilitazione dell'anziano. Associazione Professionale Kairòs, Ed. Global Print, Gorgonzola (MI).
- Chellini P. (2008). Le basi dell'attaccamento: tra clinica e neurologia. In "Simposio", 4 n.2, 2008, 20-21
- Ciampi L. (1993). L'ipotesi della logica affettiva. In "LE SCIENZE quaderni", 82, 1995, 58-68.
- Cross K., Smith E.E., Grossman M. (2008). Knowledge of natural kinds in semantic dementia and Alzheimer's disease. *Brain Lang*. April; 105(1): 32-40.
- De Nigri, M. (1999). Neuropsicopatologia dello sviluppo. Piccin Nuova Libraiia, Padova.
- De Vanna M., Marchiori R., Cauzer M. (2002). Il misterioso pianeta dell'ipocondria. Il pensiero scientifico, Roma.
- Favaretti Camposanpiero F., Cauzer M., Di Benedetto P. (1998). L'esperienza del corpo. Fenomeni corporei in psicoterapia psicoanalitica. Dunod-Masson, Milano.
- Feil N.W. (1996). Il metodo Validation. Milano: Sperling & Kupfer.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research* 12(3):189-98.
- Gadini E. (1989). Scritti 1953-1985. Cortina, Milano.
- Goldstein K. (1948). *Language and Language Disturbances: Aphasic symptom complexes and their significance for medicine and theory of language*. New York: Grune & Stratton.
- Govoni S., Racchi M. (2000). Cenni sulle basi biologiche delle demenze fronto-temporali. *Dementia Update*. Numero 6, Gennaio.
- Greenacre P. (1979). Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale. Martinelli, Firenze.

- Guaita A., Vitali S.F. (2004). Riabilitazione e training cognitivo nella malattia di Alzheimer: fatti e fantasie. *G Gerontol* 52:395-400.
- Hodges JR, Patterson K, Oxbury S, Funnell E. (1992) Semantic dementia. Progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain*, 115:1783-1806.
- Jones M. (1996) *Gentle Care: Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way*. Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada.
- Jones M., Guaita A., Vitali S.F., Cippo Perelli R., Bagarolo R. (1996) Gentle Care, a new prosthetic approach to the care of demented elderly people. *The Lancet Conference: The Challenge of dementias*. Edinburgh, UK.
- Kosslyn S.M., Marsolek C.J., O'Reilly R.C., Chabris C.F. (1990) Receptive field characteristics that allow parietal lobe neurons to encode spatial properties of visual input: A computational analysis. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2, 141-155.
- Le Goues G. (1995). *La psicoanalisi e la vecchiaia*. Borla, Roma
- Liederman H., Mendelson J.H., Wexler D., Solomon P. (1958). Sensory deprivation: clinical aspects. *Archives of internal medicine*, 101: 389-396.
- Lurija A., (1974) *Neuropsicologia e neurolinguistica*. Editori Riuniti, Roma.
- MacDonald C. (2002). Back to the real sensory world our care has taken away. *Journal of dementia care*, 10: 33-36.
- Mazzucchi A. (2006). *La riabilitazione neuropsicologica. Premesse teoriche e applicazioni cliniche*. 2 ed. Elsevier Masson, Milano.
- Melli G., Antonelli E. (2004). La riabilitazione con il soggetto anziano: una ricerca esplorativa in un distretto socio-sanitario della Lombardia. *G Gerontol*. 52:81-95.
- Mesulam M.M. (1998) From sensation to cognition. *Brain* 121 (6): 1013-1052.
- Norberg A., Meli E., Asplundt K. (1986). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia. An exploratory study. *International journal of nursing studies*, 23: 315-323.
- Ploton L. (2001). *La persona anziana*. Milano: Cortina, 2003.
- Segulin N., *Vissuto e relazioni interpersonali in un gruppo di anziani di un centro diurno*. P.Ro.M.O.T. ® metodo sperimentale per la riabilitazione psicologica dell'anziano: tesi di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche, Università degli Studi di Trieste, a.a. 2001-2002.
- Smith E.E., Rhee J., Dennis K., Grossman M. (2001). Inductive Reasoning in Alzheimer's Disease. *Brain and Cognition*, 47, 494-503.
- Snowden J.S., Goulding P.J., Neary D. (1989). Semantic dementia: A form of circumscribed atrophy. *Behav Neurol*. 2:167-182.
- Snowden J.S., Neary D., Mann D.M.A.(1996). *Fronto-Temporal Lobar Degeneration: Fronto-Temporal Dementia, Progressive Aphasia, Semantic Dementia*. New York, Churchill Livingstone.
- Spector A., Orrel M., Davies S., Woods R.T.(2000). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(4):CD001120.
- Spector A., Orrell M. (2006). A review of the use of cognitive stimulation therapy in dementia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2 (8):381-385.
- Spector A., Thorgrimsen L., Woods B., Orrell M. (2006). *Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications: UK.
- Tabosa Ferreira S.M., Botelho Sougery E., Alchieri J.C. (2009). Validity and reliability of the screening test for Alzheimer's disease with proverbs (STADP) for the elderly. *Arq Neuropsiquiatr*, 67(3-B): 836-842.
- Tocci M.G., *Efficacia del P.Ro.M.O.T.® nella riabilitazione dell'anziano affetto da demenza*: tesi di laurea in Psicologia, Università degli Studi di Trieste, a.a. 2006-2007.
- Vallar, G., & Papagno, C. (a cura di). (2007). *Manuale di neuropsicologia. Clinica ed elementi di riabilitazione*. Bologna : Il Mulino
- Vigliocco G. (2000). The anatomy of meaning and syntax. *Current Biology* 10:R78-R80.
- Zanetti O, Metitieri T. (2002) La riabilitazione cognitiva e cognitivo comportamentale nel paziente demente. In: *Trabucchi M, Le Demenze*. 3° Ed. Milano: UTET Periodici:561-83.

Gli Anziani Fragili, il Neurologo e gli Eventi Avversi da Farmaci

di Ferdinando Schiavo | 13 Marzo 2011 | In: *Quaderno n.16 / 2011*

1. Introduzione: gli Anziani Fragili

Il problema dell'invecchiamento della popolazione, anche se molto celebrato, non ha ricevuto tuttavia le attenzioni socio-sanitarie e politiche adeguate.

L'età è di gran lunga il più importante fattore di rischio per varie patologie per il semplice motivo che esiste una verità biologica: non siamo fatti per invecchiare. La vecchiaia è un "fuori programma" non scritto nei nostri geni, programmati per riprodurre la specie. L'invecchiamento è stato costruito dall'uomo attraverso le innovazioni scientifiche e i notevoli miglioramenti della medicina, gli interventi di salute pubblica, le norme igieniche, i cambiamenti nel lavoro e complessivamente nella società, tutti fattori che tuttavia hanno promosso un imprevisto aumento di ammalati cronici e di persone fragili. A causa del rapido invecchiamento della popolazione che si sta realizzando a partire dalla seconda metà del XX secolo, è nata quindi un'entità clinica individuata e descritta dalla medicina geriatrica negli ultimi 15-20 anni, l'anziano con fragilità. Si tratta di un paziente storicamente ignorato dalla medicina tradizionale perché fino a non molti anni fa numericamente irrilevante e soprattutto "scientificamente" non interessante, né gratificante sul piano professionale in quanto inguaribile, "disturbante" e scomodo da gestire da parte delle strutture sanitarie ed assistenziali.

Sebbene non esista unanime accordo sulla sua definizione, il clinico esperto è in grado di riconoscere l'anziano fragile. *"... un uomo, o più spesso una donna, che vive sul filo del rasoio, in bilico tra il mantenimento della propria indipendenza e il rischio di una tragica cascata di eventi patologici, disabilità e complicanze, che troppo spesso si dimostrano irreversibili, rappresentando i più complessi problemi che i medici e tutte le figure professionali sanitarie si trovano a dover affrontare... Si tratta di un'enorme sfida in quanto la coesistenza di molteplici patologie croniche e progressive è la regola, mentre problemi semplici, che si risolvono spontaneamente o che facilmente si curano, rappresentano l'eccezione... Inoltre queste patologie, interagendo tra loro, si presentano in maniera atipica o non specifica, rendendo "oscuro" ogni tentativo di formulare una diagnosi precisa..... si tratta di soggetti nei quali la riduzione della riserva funzionale e le limitate capacità di recupero aumentano il rischio di dimagrimento e malnutrizione, disidratazione, reazioni avverse a farmaci, ad interventi medici e chirurgici... La complessa rete di interazione di tutti questi fattori frequentemente è causa della comparsa di una o più sindromi geriatriche che, forse, più di qualsiasi altro elemento individuano la geriatria come specialità medica: confusione, cadute e fratture, incontinenza urinaria, depressione, demenza, per individuarne solo alcune".* (Hazzard W.R.).

Dal punto di vista operativo l'anziano fragile è di regola un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso presenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà. Secondo l'Associazione Medica Americana circa il 40% degli ultraottantenni è portatore di fragilità, così come sarebbe fragile la stragrande maggioranza del milione e mezzo circa di anziani ospiti nelle strutture residenziali degli USA.

La fragilità rappresenterebbe il risultato finale di un processo di accelerato decadimento psico-fisico che, una volta innescato, tende a progredire. Esiste ampio accordo sul fatto che la fragilità sia l'espressione di un'estrema precarietà degli equilibri dell'organismo dovuta alla contemporanea compromissione di più sistemi anatomico-funzionali indotta dal sommarsi, agli effetti dell'invecchiamento, dei danni conseguenti ad uno stile di vita inadeguato, a malattie in atto o subite nel corso della vita. Sono questi i motivi per cui l'anziano fragile è un paziente che caratterizzato dall'incapacità a reagire efficacemente ad eventi che turbano il suo già precario equilibrio, quali ad esempio una temperatura ambientale inusualmente elevata (la lunga estate calda del 2003 in cui tanti anziani morirono, soprattutto nelle grandi città europee), il riacutizzarsi di una malattia cronica, l'instaurarsi di una malattia acuta anche se di modesta entità (un episodio influenzale, una cistite), un evento traumatico sia di natura fisica che psichica, un procedimento diagnostico incongruo o condotto senza la dovuta cautela, un intervento terapeutico inappropriato. Naturalmente, tanto maggiore è il grado di fragilità, tanto maggiore è il rischio che fattori, anche banali, inneschino nel volgere di breve tempo una catena di eventi ad esito catastrofico. La fragilità, con altre parole, è la risultante di meccanismi complessi che attraverso percorsi di volta in volta diversi e non del tutto noti compromettono l'equilibrio precario preesistente e predispongono l'anziano al cosiddetto "scompenso a cascata".

Un ruolo centrale nel determinare la condizione di fragilità viene oggi attribuito ad una riduzione della massa muscolare (sarcopenia) di entità tale da compromettere in misura significativa le funzioni a cui essa è fisiologicamente deputata. È stato infatti dimostrato che una marcata sarcopenia si accompagna a riduzione della forza, potenza e resistenza muscolare, aumento della massa grassa, accelerazione della perdita di massa ossea, instabilità delle funzioni dell'equilibrio e ridotta capacità di termoregolazione . A

tali fenomeni conseguono: aumentato rischio di declino funzionale, cadute e fratture, ipotermia ed ipertermia.

La condizione di fragilità dal punto di vista clinico si caratterizza per:

- elevata suscettibilità a sviluppare malattie acute che si esprimono con quadri clinici spesso atipici (confusione mentale, instabilità posturale e cadute), e con parziale e lenta capacità di recupero;
- ridotta capacità motoria fino all'allettamento per astenia ed adinamia non completamente giustificate dalle patologie presenti;
- fluttuazioni rapide dello stato di salute anche nell'ambito della stessa giornata, con spiccata tendenza a sviluppare complicanze (scompenso a cascata) ;
- elevato rischio iatrogeno e di eventi avversi da farmaci;
- continua richiesta di intervento medico, frequenti e ripetute ospedalizzazioni, necessità di assistenza continuativa;
- alto rischio di mortalità.

Avvalendosi di competenza e professionalità nella cura e prevenzione di aspetti apparentemente "minori" dell'anziano fragile, si possono ottenere dei risultati di rilievo e nello stesso tempo inquietanti (pensando a ciò che potremmo fare e non facciamo...). Un esempio pratico di quanto appena proposto viene da uno studio apparso nel 2008 su un'autorevole rivista scientifica di geriatria (Bassim C.W.) che aveva lo scopo di indagare se una adeguata igiene orale fosse in grado di ridurre la mortalità per polmonite in ospiti di una casa di riposo. L'indagine è stata effettuata su 143 soggetti ospiti della Nursing Home del Veteran Affairs Medical Center. Tali soggetti furono valutati per i fattori di rischio predisponenti allo sviluppo di infezioni polmonari (età, disabilità, patologie, funzione cognitiva, stato nutrizionale e rischio di polmonite ab ingestis) e quindi furono assegnati a due gruppi: il primo fu sottoposto a scrupolosa igiene orale mentre il secondo, utilizzato come controllo, continuò l'igiene orale con le modalità preesistenti.

La probabilità di morire per polmonite risultò 3 volte più bassa nel gruppo in trattamento "scrupoloso" (composto peraltro da soggetti più anziani e meno autosufficienti).

Trattiamo quindi pazienti la cui gestione, data l'elevata complessità, estrema instabilità e vulnerabilità, richiede una solida cultura gerontologica, una grande preparazione clinica congiunta al "buon senso", un'esperienza profondamente maturata, ma dove l'aspetto "motivazionale" gioca un ruolo fondamentale.

La differenza fra un mestiere e una vocazione è che il mestiere " si fa ", mentre per la vocazione "si è portati " a occuparsi dell'altro al di là di quello che la nostra mansione ci chiede di " fare ". Senza vocazione si perdono gli alunni a scuola, non si recuperano i carcerati, non si educano i bambini, non ci si prende cura dei vecchi, non si assistono i malati..(Umberto Galimberti. Repubblica. 2003).

Bisogna lavorare per educare e curare al meglio la popolazione che invecchia prima e dopo l'ingresso nel pianeta "fragilità". Poiché gli strumenti terapeutici attualmente disponibili hanno dimostrato una limitata e temporanea efficacia, da un punto di vista clinico e socioeconomico sono indispensabili la ricerca scientifica e la tempestiva attuazione di strategie preventive finalizzate al miglioramento dell' autonomia funzionale e cognitiva.

Tra le accortezze preventive che il medico deve applicare sistematicamente all'anziano sono preminenti le modifiche dello stile di vita da consigliare più tempestivamente possibile e l'uso adeguato e corretto dei farmaci.

2. Il Neurologo e gli Eventi Avversi da Farmaci

2.1. Note generali sull'uso dei farmaci

Molti sintomi o segni che si incontrano in Neurologia possono essere indotti da farmaci e a volte, associandosi fra di loro, possono dar luogo a manifestazioni cliniche che mimano alcune malattie idiopatiche di competenza: Malattia di Parkinson, Demenze, Epilessia, ecc..

L'esordio spesso insidioso dei sintomi, la possibilità che un farmaco riveli una patologia latente, la politerapia, frequente nel soggetto anziano, che peraltro è più frequentemente vittima di tali manifestazioni, rendono questo tipo di diagnosi a volte complessa. La politerapia è peraltro abituale e spesso legittima nel soggetto anziano, spesso affetto da polipatologia. Le difficoltà di gestione di un paziente in politerapia aumentano inoltre con ulteriori interventi farmacologici di specialisti, di area non internistica (oculisti, ORL, ortopedici, ecc.) che non tengono nel debito conto il complicato insieme, clinico e terapeutico, dei pazienti anziani fragili.

Vittorio Mapelli ha riscontrato che la popolazione anziana rappresenta il 16 % in una grande ASL lombarda ma è "responsabile" del consumo del 47 % dei farmaci. Le prescrizioni possono risultare in eccesso (overuse), insufficienti (underuse) o inappropriate (misuse).

Attualmente l'espressione Evento Avverso da Farmaci (Adverse Drugs Events – ADE) include tutti gli eventi nocivi in relazione all'uso di medicinali conseguenti ad errori di prescrizione, aderenza e monitoraggio. Nell'anziano tali eventi possono riconoscere spesso più fattori causali, fra cui la presenza di varie malattie (comorbidità) e l'assunzione di diversi farmaci (politerapia), tanto da meritare l'inclusione del termine di Iatrogenic Drug Reactions tra le grandi sindromi geriatriche.

La iatrogenicità (malattie da farmaci) ha un costo umano ed economico molto elevato: sarebbe responsabile di più del 10 % delle ospedalizzazioni degli anziani (e almeno del 20 % degli ultra-ottantenni). In realtà, i dati di prevalenza e incidenza del fenomeno sono alquanto eterogenei per diversità dei metodi di rilevamento e gravità. Lo Studio GIFA, italiano, ha dimostrato che in una popolazione di circa 28.000 pazienti di 77 anni, il 3,5 % dei ricoveri ospedalieri in reparti di medicina o geriatria era dovuto ad ADE e che i farmaci maggiormente coinvolti erano diuretici, calcio-antagonisti, FANS (anti-infiammatori non steroidei) e digossina (Onder G.) Una parte consistente di questa iatrogenicità seria appare evitabile, come viene ammesso dai responsabili dell'HAS, Alta Autorità della Salute Francese (Desplanques-Leperre A.).

Le conoscenze terapeutiche neurogeriatriche, inoltre, non sembrano trarre benefici dalle conclusioni dei trial clinici, in cui molto spesso sono esclusi i soggetti con polipatologia e in politerapia oppure non vengono rilevati gli effetti indesiderati di debole incidenza. Gli anziani, quindi, non partecipano adeguatamente alle coorti nelle sperimentazioni. L'argomento, di notevole spessore malgrado sia ancora sottovalutato, richiede ulteriori precisazioni: essere uomo o donna fa molta differenza anche quando si parla di salute. Il genere, cioè quell'insieme di differenze sessuali, ma anche genetiche, comportamentali, culturali e sociali che strutturano l'identità di ciascun individuo, influisce biologicamente sul modo in cui una malattia si sviluppa, viene diagnosticata e curata. La Medicina di genere da tre decenni tenta di combattere l'errata convinzione che vi sia una perfetta equivalenza uomo-donna. La medicina è stata scritta da maschi per i maschi, i nuovi farmaci vengono testati su "giovani adulti maschi bianchi" perché meno problematici e costosi, e persino più su animali di sesso maschile. Solo da pochi anni sono aumentati di numero i medici di sesso femminile e nel contempo le evidenze scientifiche hanno confermato che esistono delle sostanziali diversità fra uomo e donna in varie patologie e nella risposta alle terapie.

Questa diversità ignorata ha comportato e comporta tuttora errori diagnostici e terapeutici. E le conseguenze sono, appunto, non sempre immaginabili ma in parte evitabili.

Un altro aspetto poco considerato riguarda l'omissione di una diagnosi, di intervento terapeutico o informativo in anziani con patologie complesse, nel primo caso per timore di effetti indesiderati o ignoranza, nel secondo per mancanza di tempo (di rispetto, direi...) da dedicare all'informazione del paziente o dei familiari. Quanti medici, ad esempio, comunicano al paziente a rischio di non bere succo di pompelmo se assumono certi farmaci ?

La nota AIFA 2006 mette in guardia sugli effetti avversi dall'assunzione di pompelmo associata ad alcuni farmaci : La spremuta di pompelmo : rinfrescante o intossicante ? Il CYP 3A4...e alcuni farmaci: in particolare viene segnalato un rischio di Aritmia ventricolare con l'uso di Antistaminici (Terfenadina) e di Cisapride, di Ipotensione sintomatica con Calcio-antagonisti e di Rabbdomiolisi (distruzione di tessuto muscolare con conseguenze temibili per la funzione renale e per la stessa sopravvivenza) con le Statine, i farmaci che combattono l'aumento del colesterolo.

2.1 Parkinsonismo ed altre manifestazioni extrapiramidali da farmaci.

Rappresenta purtroppo un capitolo ancora di attualità in campo neurogeriatrico e per diversi motivi : numero del "campione", gli anziani) politerapia, suscettibilità biologica del cervello dell'anziano.

Accanto alla manifestazione più conosciuta e più frequente ad osservarsi, il Parkinsonismo, completano la gamma delle reazioni extrapiramidali da farmaci (EPS) sindromi non meno temibili come l'Acatisia, le Distonie acute e la Discinesia tardiva, spesso persistente.

Cosa sono, come si manifestano ?

Poche note informative sulla malattia principale. La Malattia di Parkinson (MP) è determinata da lesioni di tipo degenerativo quasi esclusivamente localizzate in un sistema di neuroni posto nella profondità del cervello, i cosiddetti nuclei della base, tra loro connessi (e ovviamente con altre aree funzionali dell'encefalo) col compito di esercitare un controllo sull'organizzazione del movimento. La degenerazione di questo sistema di cellule, inizialmente localizzata in un gruppo di neuroni denominato Sostanza nera, comporta una ridotta produzione di una sostanza, la Dopamina, che è un mediatore chimico ("il carburante") destinato a stimolare altri neuroni cerebrali. La causa è ignota, il decorso è progressivo.

A livello clinico si caratterizza principalmente da alterazioni del movimento volontario ed automatico. I sintomi clinici compaiono quando il numero dei neuroni della Sostanza nera si è ridotto di almeno il 50 %.

I sintomi motori cardinali e di esordio, variamente associati tra di loro nelle differenti forme cliniche della malattia, sono:

- il rallentamento motorio (di tutto il corpo o di una parte di esso, in genere un arto, come realmente avviene spesso all'esordio) che viene chiamato in gergo medico ipocinesia, bradicinesia. È riferito dai pazienti come una sensazione di impaccio motorio nel compiere movimenti fini volontari (ad esempio cucire). Si accompagna a riduzione dei movimenti automatici quali quelli pendolari degli arti superiori nel cammino, la gestualità, la mimica facciale, ecc.
- il tremore tipico "a riposo", assente però in circa il 30% dei casi di M.P.;
- l'altro "sintomo" cardinale, in realtà è un segno rilevato dall'esaminatore e corrisponde ad una sensazione che si avverte mobilizzando passivamente i vari segmenti degli arti: è la rigidità, tipo la "ruota dentata" di certi ingranaggi.

le modificazioni della postura: tipico l'atteggiamento con il busto e il capo piegati in avanti.

Le forme cliniche che esordiscono senza tremore giungono all'osservazione del neurologo in genere con un ritardo di 1-2 anni, in quanto il rallentamento motorio (quasi sempre abbinato a rigidità) è spesso associato ad algie articolari che vengono erroneamente interpretate in senso artrosico, con conseguenti visite specialistiche non neurologiche, terapie con anti-infiammatori, farmaci vasoattivi, vitamine, fisiochinesiterapia ecc..

Per una corretta diagnosi di questi casi a volte basta osservare attentamente la mimica facciale (ad esempio la frequenza dell'ammiccamento palpebrale), la gestualità, l'ampiezza delle oscillazioni degli arti superiori durante il cammino, la velocità di distacco dalla sedia al momento di alzarsi per essere visitato e la velocità nell'iniziare il cammino. Questi ed altri segni sfuggono raramente ad un occhio esperto (infermieri di un reparto di neurologia compresi).

La componente tremore, isolata o meno, invece conduce più velocemente ad una diagnosi tempestiva. Inoltre, quando è isolata, è altamente indicativa di una evolutività nettamente più favorevole del quadro clinico, anche se spesso risulta gravata da problemi di scarsa risposta alle varie terapie tradizionali.

Appare utile sottolineare, inoltre, che accanto ai malati di Parkinson senza tremore esistono pazienti con tremore che non hanno la Malattia di Parkinson bensì altre patologie (Tremore essenziale spesso familiare, a volte ad esordio senile, Tremore tossico da alcol o altre sostanze, Tremore disendocrino come accade ad esempio nella tireotossicosi, ecc.).

I Parkinsonismi sono rappresentati da malattie o sindromi che hanno alcuni aspetti in comune con la MP a livello di espressione dei sintomi ma che non rispondono (oppure in alcuni casi lo fanno in maniera ridotta e peraltro solo inizialmente) alle consuete terapie tendenti a ripristinare la funzionalità di quel sistema neuronale che "funziona a Dopamina". Fra i Parkinsonismi con ottima possibilità di recupero, che è dipendente da vari fattori, fra cui la durata dell'esposizione alla sostanza incriminabile, c'è quello da farmaci.

Acatisia: impossibilità a stare fermi, seduti, a volte zitti...

Distonia tardiva (spesso permanente): può presentarsi anche dopo la sospensione del farmaco e consiste in movimenti involontari soprattutto presenti al capo ed a livello cervicale (distonia bucco-mandibolare, blefarospasmo, torcicollo, ecc.).

I farmaci incriminabili nei parkinsonismi appartengono a varie classi e si somministrano per diverse malattie o sintomi: antipsicotici tradizionali per allucinazioni, psicosi di furto, aggressività, ma anche farmaci antivomito e antidiarreatici, antivertiginosi, antiemicranici, antiaritmici cardiaci, antiepilettici, alcuni antidepressivi SSRI, ipotensivi attualmente poco in uso, stabilizzatori dell'umore (Litio). Appare tuttora rilevante e purtroppo attuale l'uso, e abuso, degli Antipsicotici Tradizionali noti a tutti i medici (nomi commerciali): Serenase e Haldol, Entumin, Clopixol, Anatensol (non più in commercio dalla fine del 2008), Trilafon, Orap, Moditen, Largactil, Talofen.

Il caso Aloperidolo (Serenase e Haldol): nel 2007 l'organo europeo a cui compete la farmacovigilanza, in seguito ad alcune evidenze di gravi effetti cardiaci dopo somministrazione del farmaco, ha emanato norme di prescrizione della sostanza previo controllo di alcuni segni e sintomi (aritmie e perdite di coscienza) e di noti parametri cardiologici (valutazione del tratto Q-T all'ECG). Nonostante i numerosi dati disponibili sulla sua cardiotossicità, questo farmaco risulta essere ancora di largo impiego ospedaliero ed extra-ospedaliero (in cui risulta spesso insufficiente l'opera di monitoraggio dell'ECG).

Altre lacune riguardano invece gli effetti avversi extrapiramidali determinati dagli Antipsicotici Tradizionali "mascherati", veri farmaci trappola dai nomi spesso accattivanti o fuorvianti:

- Antipsicotici Tradizionali "mascherati" (nomi commerciali) usati per:
 - Ansia e depressione: Dobren, Levopraid, Deniban, Sereprile, oppure all'interno di associazioni di farmaci come Mutabon mite, ansiolitico e antidepressivo, Deanxit, Dominans
 - Vomito: Stemetil
 - Vomito, nausea, svariati disturbi digestivi: Plasil, Randum, Geffer, Motilex. (Vesalium: non più in

commercio)

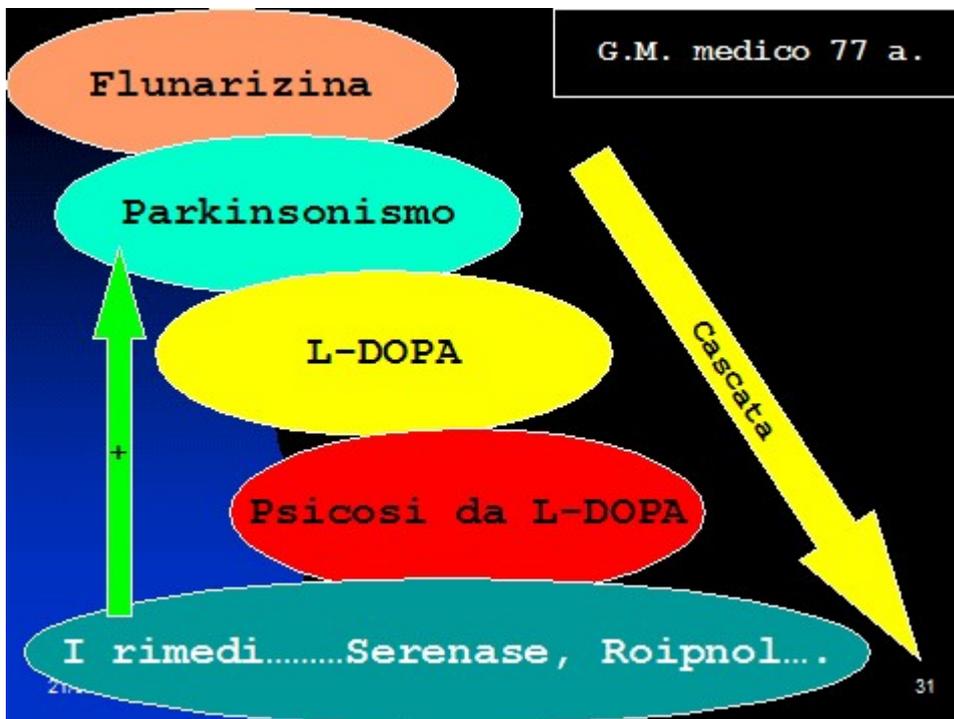
- Cefalea: Difmetré. (Alius: non più in commercio)
- Disturbi da menopausa: Veralipril, Agradil (ambidue non più in commercio)
- Vertigini: Torecan
- Allergie: Fargan, Farganesse, Nuleron

Anche altre categorie di farmaci, non tutti psicofarmaci, possono provocare soprattutto parkinsonismo:

Gli altri farmaci (nomi commerciali tra parentesi) usati per:

- Vertigini: Flunarizina (Flugeral, Fluxarten, Flunagen, Gradient, Issium, Sibelium) e Cinnarizina (Stugeron, Cynazin, Toliman)
- Aritmie cardiache: Amiodarone (Cordarone, Amiodar), Mexiletina (Mexitil)
- Epilessia: Ac. Valproico (Depakin, Depamag)
- Ipertensione arteriosa: Aldomet, Reserpina oramai poco usati
- Depressione: alcuni serotoninergici (SSRI: Fluoxetina-Prozac, Fluvoxamina-Maveral ecc., Paroxetina-Sereupin, Daparox, Stiliden, ecc.)
- Psicosi cicliche e Cefalea a grappolo: Litio

I pazienti fragili sono a rischio frequente di subire la cosiddetta Sindrome da prescrizione a cascata, di cui fornisco alcuni esempi



Caso 2. Il Dottor M

È un medico, deceduto circa 6 anni fa a 83 anni. Deve essere stato un bravo medico per quanto so di lui, un medico condotto di altri tempi. A poco più di 70 anni volle provare un farmaco contenente Flunarizina per sei o sette mesi. Il medicinale è un antivertiginoso che all'epoca veniva raccomandato anche per "migliorare la circolazione cerebrale". Smise di assumerlo quasi un anno dopo, a causa della comparsa di tremori alle mani. Seppe degli effetti parkinsonizzanti oramai noti in letteratura scientifica specialistica da almeno un decennio... e si accorse di avere commesso un errore. Da allora fu curato come un parkinsoniano, con la L-DOPA, ma dopo 4-5 anni cominciò a manifestare qualche problema psichico. Ricorse al Professore che lo aveva in cura, fu ricoverato più volte in una casa di cura del nord ma i rimedi del luminare provocarono di volta in volta effetti apparentemente paradossali che in realtà erano degli autentici circoli viziosi: i farmaci adoperati per sopprimere l'agitazione e le allucinazioni erano, fra gli altri, un noto sonnifero, il Roipnol, e un altrettanto noto Antipsicotico Tradizionale, l'Aloperidolo (Serenase e Haldol). Il primo gli produsse uno stato confusionale, il secondo aggravò il parkinsonismo (in ambedue i casi erano effetti prevedibili...). Il rimedio si dimostrò quindi peggiore del male: per migliorare lo stato motorio fu aumentata la dose di L-DOPA e questo aggravò i disturbi psichici. Fu visitato da altri neurologi delle tre venezie, i quali affermarono perentoriamente che non c'erano sbocchi terapeutici.

Prigioniero nel circolo vizioso, le sue funzioni si ridussero ulteriormente tanto da farmelo apparire, il giorno in cui lo conobbi per visitarlo a casa sua, un povero corpo smagrito legato a letto, irrequieto,

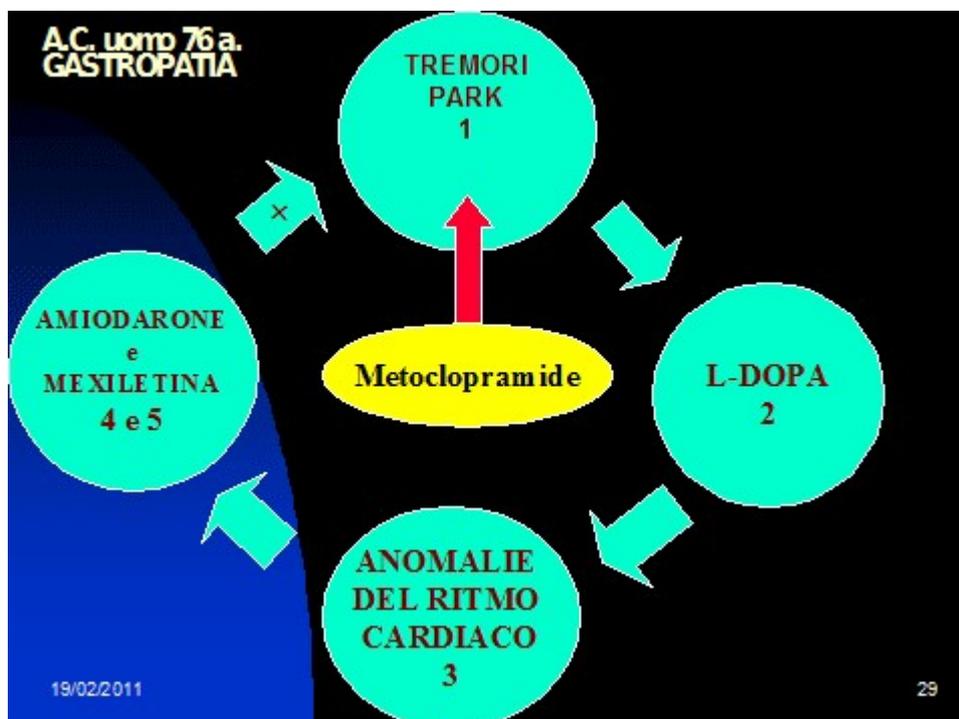
completamente disorientato, affaccendato a seguire con le mani e lo sguardo visioni, incapace di collaborare, gli sfinteri affidati ai pannoloni. Mi ci volle un'ora per capire come si era avverata questa malefica catena di Sant' Antonio.

Provai a ridurre progressivamente la L-DOPA in pochi giorni e a dargli un quarto di compressa da 25 mg di Clozapina (Leponex), una miseria in confronto alle dosi che si impiegano in Psichiatria. La Clozapina è un Antipsicotico Atipico ed era già in commercio da qualche anno con delle avvertenze che richiavano ad un controllo periodico dei globuli bianchi del sangue. Viene tuttora impiegata con successo nei parkinsoniani con allucinazioni o psicosi in quanto, a differenza degli Antipsicotici Tradizionali, non aggrava i problemi motori e migliora persino la componente tremore.

Accadde il miracolo. Tornai a trovarlo al ritorno delle mie ferie circa 15 giorni dopo e, appena entrato, mi avviai verso il piano superiore dell'abitazione dove erano le stanze da letto. Fui bloccato da un sorriso dei familiari che mi condussero alla piacevole sorpresa. Il dottore era seduto in poltrona con un bel maglione giallo, mi sorrideva anche lui. Si alzò e, con movimenti quasi normali, mi venne incontro. Ci mancò poco che lo abbracciassi, forse lo avrebbe fatto volentieri anche lui. Dei suoi due anni da prigioniero involontario della malpratica medica rimaneva un modesto tremore alle mani e una paresi di un nervo della gamba sinistra, lo SPE (quello che ci provoca i formicolii quando accavalliamo una gamba sull'altra), lesionato da una probabile compressione che si era prodotta quando nel recente passato in qualche modo era stato sedato e si era addormentato profondamente in una posizione non idonea alla salvaguardia del nervo.

Il miglioramento proseguì fino a rendere l'anziano collega del tutto autosufficiente, fino a permettergli di tornare la persona spiritosa e gradevole che era sempre stata. A distanza di quasi un anno fummo costretti a sospendere la Clozapina per una diminuzione dei globuli bianchi (effetto collaterale noto, che veniva controllato con l'esecuzione periodica di controlli dell'emocromo) e a cominciare un altro antipsicotico atipico, l'Olanzapina, sempre a basse dosi. Dopo un altro anno di "risveglio", per citare il noto libro di Oliver Sacks sull'esperienza dei Parkinsoniani post-encefalitici svegliati dalla L-DOPA appena scoperta negli anni settanta, si cominciarono a manifestare purtroppo delle alterazioni delle facoltà cognitive e qualche problema vegetativo (ipotensione in posizione eretta), scatenato persino da una ridottissima dose di L-DOPA. Ci trovavamo di fronte verosimilmente ad un quadro di Parkinson evoluto in Demenza o di possibile Demenza con corpi di Lewy conclamata a 80 anni.

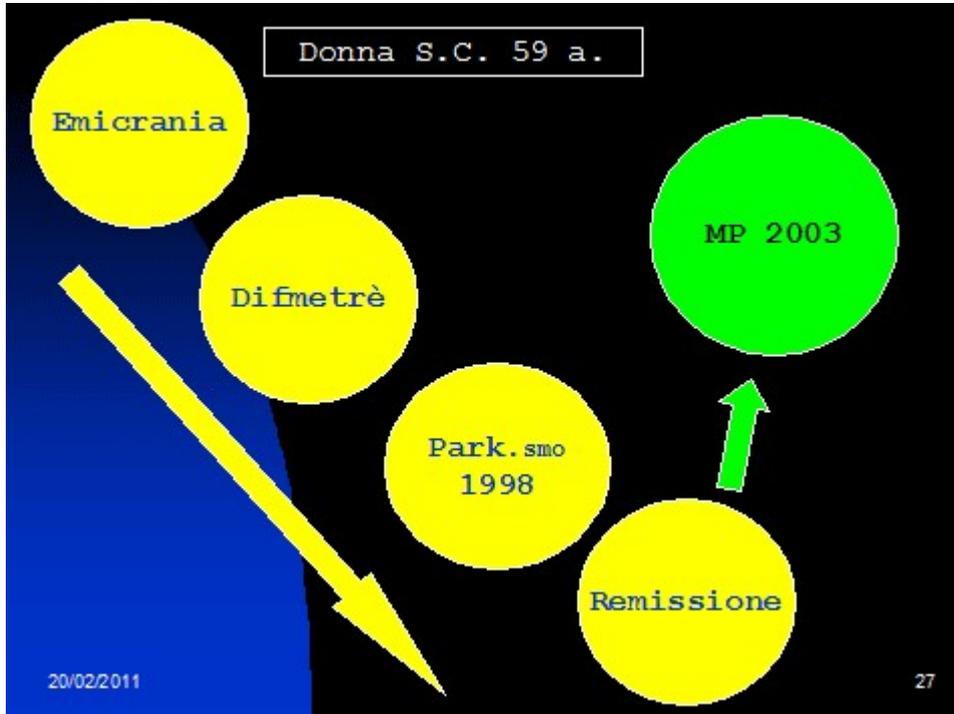
Potremmo fare delle considerazioni: senza la spiacevole e dannosa esperienza del parkinsonismo da Flunarizina, dei farmaci successivamente adoperati in maniera scorretta e delle vicissitudini patite che ne hanno sicuramente minato biologicamente il cervello, il dottor M sarebbe potuto andare incontro a questa evoluzione almeno cinque o sei anni dopo. O mai, forse.



Caso 3, Uomo di 76 anni in buone condizioni di salute generali. Assume per circa due anni Metoclopramide (vedi sopra) e sviluppa in conseguenza un Tremore di tipo parkinsoniano. La terapia con

L-DOPA (che non andrebbe prescritta in quanto non si tratta di MP) gli provoca anomalie del ritmo cardiaco, che vengono trattate prima con Amiodarone e poi con Mexiletina, due farmaci antiaritmici, ambedue noti per la possibilità di provocare tremori....

Viene sospesa ogni terapia, L-DOPA compresa, regrediscono almeno i problemi cardiaci, persiste il tremore. Il trattamento con Clozapina (A. Atipico) a bassissime dosi (1\4 di compressa da 25 mg al dì – un giovane adulto può assumerne anche 300 mg al giorno cronicamente) fa cessare il tremore.



Caso 4. Emicrania, abuso di un farmaco che dovrebbe essere usato saltuariamente, al bisogno, nella cura della patologia. Dopo 20 anni di uso quotidiano manifesta sintomi parkinsoniani. Il farmaco viene gradualmente sospeso e la paziente trattata con terapia preventiva antiemicranica (beta-bloccanti), con successo sia per l'emicrania che per la sintomatologia parkinsoniana la quale regredisce in pochi mesi....salvo riapparire sotto forma di "malattia" di Parkinson vera e propria 5 anni dopo. Il farmaco ha "anticipato" verosimilmente un evento patologico che si sarebbe forse sviluppato molti anni dopo.

Questi sono gli elementi indicativi per la diagnosi di parkinsonismo da farmaci:

- rapporto temporale tra assunzione di un farmaco sospettabile e la comparsa dei sintomi
- miglioramento progressivo fino alla scomparsa dei sintomi, dopo la sospensione del farmaco
- ricomparsa dei sintomi alla ri-somministrazione del farmaco (rappresenta un'opzione difficilmente praticabile per motivi etici)
- bilateralità frequente dei sintomi e segni
- minore frequenza del tremore e caratteristiche differenti dello stesso quando è presente
- coesistenza di altre manifestazioni extrapiramidali

Restano da fare altre considerazioni nel rapporto intricato fra farmaco incriminabile e sviluppo di parkinsonismo:

- appare ovvio che il farmaco può aggravare il quadro clinico preesistente della Malattia di Parkinson, o del Parkinsonismo in atto di varia natura
- in una certa percentuale il farmaco può rivelare la presenza di una Malattia di Parkinson o di un Parkinsonismo latente
- la comparsa di Parkinsonismo dipende da diverse variabili, quali il tipo di farmaco, la durata dell'assunzione, la presenza di altri farmaci, l'età, il sesso (prevale nelle donne) e la predisposizione individuale. Può manifestarsi ad esempio dopo poche settimane o mesi per gli Antipsicotici Tradizionali e dopo alcuni mesi (4-9) per Flunarizina e simili. Ma non sono per nulla rari i casi a sviluppo clinico precoce.

**“There is no crime when the accused is in a state of dementia at the time of the alleged act”
(Napoleonic Code 1808)**

**DEMENTIA
MISCONOSCIUTA**

**REATO CONTRO LA MORALE
CONDANNA AGLI ARRESTI
DOMICILIARI**

**PROBLEMI GIUDIZIARIO-BUROCRAICI
PER GIUNGERE AD UNA DIAGNOSI
E ALLA SOSPENSIONE DELLA PENA**

19/02/2011

35

Caso 1. Omissione di diagnosi. Uomo di 74 anni sottoposto a giudizio in tribunale in seguito a molestie sessuali nei riguardi di una donna. Una volta condannato e posto agli arresti domiciliari, sottoposto per altro motivo a valutazione neurologica, gli fu posto il sospetto clinico di Demenza di Alzheimer. Le difficoltà per arrivare ad una diagnosi di “relativa certezza” furono enormi, in quanto si trattava di persona sottoposta a procedimento restrittivo: fu necessario il ripetuto intervento del giudice in modo da poter procedere agli accertamenti necessari. La pena fu sospesa.

Alcune manifestazioni da Eventi Avversi da Farmaci nell’Anziano

- Cefalea
- Vertigini e disturbi dell’equilibrio
- Encefalopatie
- Crisi epilettiche
- Perdite di coscienza di breve durata (Sincopi)
- Turbe visive, del gusto e odorato
- Mielopatie, Neuropatie e Miopatie
- Movimenti involontari e alterazioni psichiche da Dopaminergici
- Parkinsonismo, Acatisia, Distonie acute, Tremore periorale, Blefarospasmo, Distonia-discinesia tardiva, S. maligna da neurolettici, S. serotoninergica.
- Alterazioni cognitive, Demenze ed Episodi confusionali (Delirium)

Questo lavoro analizzerà solamente gli ultimi due argomenti

2.2 Demenze e Parkinsonismo

Solo poche righe da dedicare ad un campo, le demenze, inquinato biologicamente e clinicamente molto spesso dal parkinsonismo la cautela nella prescrizione di farmaci a rischio deve diventare una pratica corrente.

Alcuni commenti sulle funzioni cognitive e le anomalie comportamentali nelle demenze.

Le funzioni della memoria (e le alterazioni conseguenti) sono apparentemente note a tutti. Accanto alla memoria esistono diverse ed altrettanto essenziali abilità necessarie al complesso funzionamento della nostra mente : l’attenzione, su cui si fonda necessariamente il processo di memorizzazione e parte delle altre capacità cognitive (se siamo distratti, o storditi dal sonno o da psicofarmaci, o semplicemente avvertiamo che un avvenimento, una persona, un luogo, “non ci interessano”, difficilmente li manterremo nel bagaglio della memoria); il linguaggio (intendendo la capacità di esprimersi, ma anche di comprendere, di leggere e scrivere); l’orientamento nel tempo e nello spazio (in che anno, stagione ecc. siamo, dove ci troviamo); le abilità visuo-spaziali (l’occhio “vede” ma è il cervello che esamina!); la prassia (ad es. la capacità di “organizzarsi” per vestirsi seguendo un certo ordine nella successione degli

atti motori); la gnosis (come l'abilità a riconoscere il water, la propria abitazione o addirittura i volti dei propri familiari, con conseguenze immaginabili sotto il profilo comportamentale quando ciò non avviene); la capacità di pensiero astratto, nonché di critica e di giudizio, di ragionamento (che non hanno bisogno di commenti), e poi le funzioni esecutive di pianificazione, elaborazione ed eventuale modificazione di strategie, doti "sotterranee" che, se alterate da patologie varie delle aree frontali cerebrali, comportano errori nella programmazione di un'azione e spesso la perdita della flessibilità con conseguente perseverazione in comportamenti errati.

Le stesse funzioni della memoria sono complesse: la memoria di lavoro (ricordare per alcuni secondi un numero di telefono fino ad arrivare a comporlo all'apparecchio telefonico, sperando di non subire interferenze – scusa, dove hai visto quello spettacolo? – e poi dimenticarlo), la memoria episodica (richiamare gli episodi :...mi ricordo che...), la memoria semantica (attingere alle conoscenze : so che...), la memoria procedurale (è la memoria più duratura, può conservarsi immutata per tutta la vita : dopo aver imparato ad andare in bicicletta non si dimentica più), la memoria prospettica (ricordare un impegno programmato).

Tutte queste attività del nostro cervello sono quindi molto complicate e non del tutto note e comprensibili a chi non si occupa di questi argomenti. Ciò comporta sovente il tardivo riconoscimento di una demenza nelle sue manifestazioni iniziali, se ad apparire per primi sono alcuni sintomi e segni clinici meno frequenti, usuali e comprensibili.

A più di cento anni dalla pubblicazione dei lavori di Alzheimer, l'impegno nel campo delle demenze è piuttosto recente, stimolato fra l'altro dalla scoperta della relativa efficacia dei nuovi farmaci attivi sul mediatore chimico cerebrale acetilcolina, ed inizialmente è stato peraltro indirizzato alla soluzione dei problemi più squisitamente cognitivi. Sono passati altri anni ancora prima che si risvegliasse invece l'interesse scientifico e sociale sulle problematiche comportamentali e sulla loro ricaduta sulla salute della persona malata, sulla famiglia (cruciale il ruolo del/della caregiver, ovvero della persona che si prende cura del soggetto malato) e la società. Chi conosce la realtà delle demenze e l'amara esperienza quotidiana di chi vive una vita in comune con una persona affetta da demenza e la assiste, sa che sono malattie con modificazioni comportamentali da capire e necessariamente imparare a gestire.

I problemi comportamentali consistono, con i limiti della sintesi, in: Abulia-Apatia (perdita di interesse, motivazione, iniziativa; conseguente isolamento sociale), isolata o associata ai sintomi depressivi; Depressione (tristezza, senso di colpa, di inutilità, perdita dell'autostima, ansia, angoscia al risveglio); Agitazione psicomotoria (irrequietezza, atti ripetitivi come vestirsi e svestirsi o aprire e chiudere armadi, marcia incessante e senza una finalità); Aggressività (verbale, fisica); Psicosi (allucinazioni visive o acustiche, deliri, in particolare di furto, di gelosia); altre anomalie comportamentali: alterazioni del ritmo veglia-sonno, comportamento socialmente inaccettabile o sessualmente inappropriato, euforia senza motivi, bruschi cambiamenti di umore, paure immotivate, attività motoria impropria come vagabondaggio, "sindrome del tramonto", inseguimento, affaccendamento notturno, fughe, ecc.

Un paziente demente può "attraversarli" anche tutti nei vari stadi della malattia, e presentare ad esempio una fase di apatia prima della diagnosi, seguita da deliri o allucinazioni e infine da aggressività e fenomeni di agitazione psicomotoria, per poi "spegnersi" tragicamente in una penosa passività.

Un'attenzione particolare va riservata al tema Apatia- Depressione:

1. l'Apatia, è frequente e quando è isolata, può essere erroneamente interpretata come depressione: in questo caso però, la persona malata, alle domande tipo "si sente angosciato, ansioso, inquieto, inutile, in colpa, ecc. ?", risponde con un tranquillo no, magari condito con un sorriso. Inoltre, l'apatico "puro" non trae alcun beneficio da una terapia con antidepressivi, farmaci che possono invece provocare astenia, sonnolenza, accentuazione dell'apatia stessa e dei deficit cognitivi.

2. un quadro di Depressione, o comunque un cambiamento dell'umore, associato o no ad apatia, che compare in un anziano (o non anziano: va sottolineato nuovamente che le malattie neurodegenerative possono presentarsi anche in soggetti di 50 – 60 anni o più giovani ancora !), soprattutto se privo di una apparente causa scatenante che lo giustifichi, deve far sospettare la possibilità di una coesistenza o di uno sviluppo successivo, nello spazio di mesi o di pochi anni, di una patologia neurodegenerativa come la Demenza di Alzheimer o la Malattia di Parkinson (MP), o di un danno vascolare cerebrale. Appare significativo che nel 20-25 % circa di casi di MP, i sintomi cardinali, ovvero lentezza del movimento, rigidità e tremore, siano preceduti da depressione. Nei soggetti con iniziale MP, peraltro, la povertà della mimica facciale e della gestualità, la postura un po' "ingobbita", vengono riconosciute con mesi o anni di ritardo come primi segni clinici della malattia, in particolare se in qualche caso è assente il tremore, come può accadere in una percentuale di circa il 20-30 % dei parkinsoniani! La depressione diviene successivamente compagna di vita in più della metà dei parkinsoniani, per comprensibile reazione alla disabilità.

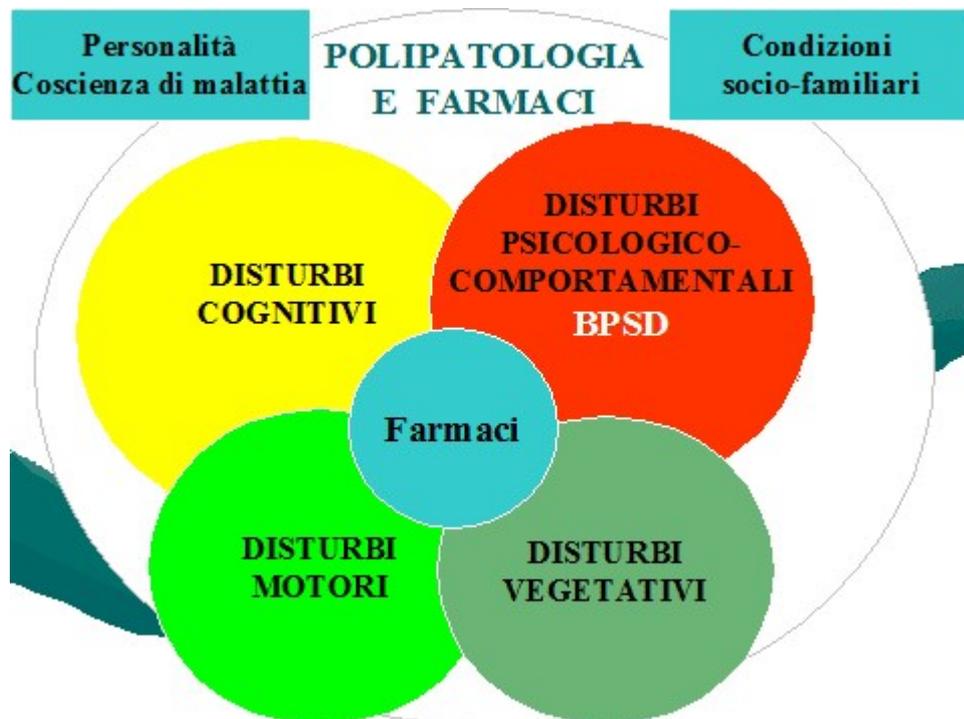
La depressione o l'apatia possono rappresentare quindi la punta di iceberg di una modificazione "organica" di alcuni sistemi funzionali cerebrali e non solo una reazione ad una qualsiasi malattia. Si può

ritenere inoltre che la depressione abbia valore di fattore di rischio per le malattie neurodegenerative e neurovascolari e per varie malattie extraneurologiche (Cardiopatia ischemica, Malattie reumatologiche, ecc.).

Altri aspetti rilevanti da segnalare riguardo ai problemi comportamentali nelle demenze:

- Hanno alta incidenza (sono presenti nel 70-90 % delle persone con demenza)
- Possono manifestarsi in qualunque fase del decorso clinico e talvolta rappresentano la sintomatologia pre-clinica (mesi o anni prima della diagnosi) o di esordio
- Possono essere utili per la diagnosi differenziale delle varie forme di demenza (ad es. Demenza a corpi di Lewy e demenza Fronto-Temporale)
- Rappresentano, e questo accade purtroppo spesso, i sintomi per cui si ricorre d'urgenza al medico dopo avere sottovalutato per anni i sintomi cognitivi
- Aumentano di frequenza e intensità con la progressione del declino cognitivo per poi ridursi nelle fasi finali

Chi lavora con la popolazione anziana affronta spesso situazioni in cui sono presenti disturbi cognitivi o franca demenza. Di conseguenza conosce una realtà complessa, quella dell'anziano con alterazioni cognitive associate non solo alle frequenti manifestazioni comportamentali ma anche a parkinsonismo e a turbe vegetative (come la "banale" ipotensione ortostatica che si può riscontrare quando con un minimo di buona volontà e professionalità si misura la pressione arteriosa al paziente in posizione supina e poco dopo in piedi). Sa che ogni intervento farmacologico che può migliorare uno di questi quattro aspetti clinici si scontra spesso con effetti deleteri di almeno uno degli altri tre: la sincope da I-ChE (Inibitori delle Colinesterasi, i farmaci che fanno aumentare la disponibilità di acetilcolina cerebrale necessaria per i processi cognitivi) o da Antipsicotici Atipici, il peggioramento del quadro di una Malattia di Parkinson o di un Parkinsonismo con gli Antipsicotici Tradizionali e a volte anche con alcuni Antipsicotici Atipici (Risperidone e Olanzapina, al di sopra di una dose medio-bassa), lo scatenamento di sintomi psicotici con la somministrazione di dopaminergici o di anticolinergici. In un campo minato come questo, è facile (e molto spesso giustificato) non accanirsi e arrendersi, omettendo ogni tentativo di cura che non sia palliativa. Tuttavia appare etico provare ad affrontare la complessità di alcuni casi di demenza con parkinsonismo, informando il paziente (o più spesso i familiari) degli incerti margini terapeutici che possono procurare qualche miglioramento e degli eventuali effetti avversi a cui si può andare incontro.



Nota all'immagine: la complessità è la regola nelle demenze. Ogni paziente deve essere valutato nella sua complessità. Ad es. la coscienza della propria malattia si associa spesso a depressione (e ciò appare anche giustificabile...), ma quando è carente o assente, può invece esporre paziente e familiari a rischi con conseguenze serie, ad esempio a danni derivanti dalla guida di una autovettura o dall'uso del gas in cucina. Il rischio è maggiore se la persona con demenza "aveva" (quando stava bene) una personalità forte, se era autoritaria, decisionista e indipendente: in questi casi risulterà sicuramente problematico

farle accettare, ad esempio, l'aiuto stabile di una badante in casa, la sospensione della guida, la stessa visita dal medico, un esame, una terapia e comunque un adeguato controllo della complicata situazione! Decisivo, inoltre, risulta essere il contesto familiare, economico, sociale, culturale ed infine affettivo.

Malgrado le campagne di informazione messe in atto negli ultimi due decenni con lo scopo di sensibilizzare gli operatori socio-sanitari e i familiari dei pazienti con demenza, accade di frequente negli ambulatori specialistici di valutare questi pazienti, a cui non è stata effettuata una corretta diagnosi neurologica, già in uno stadio di grave compromissione cognitiva. Il medico esperto (neurologo, geriatra, psichiatra, internista) in questi casi viene contattato spesso quando le persone con demenza vanno incontro a disturbi comportamentali "disturbanti" oppure quando serve una documentazione specialistica per motivi assistenziali o medico-legali.

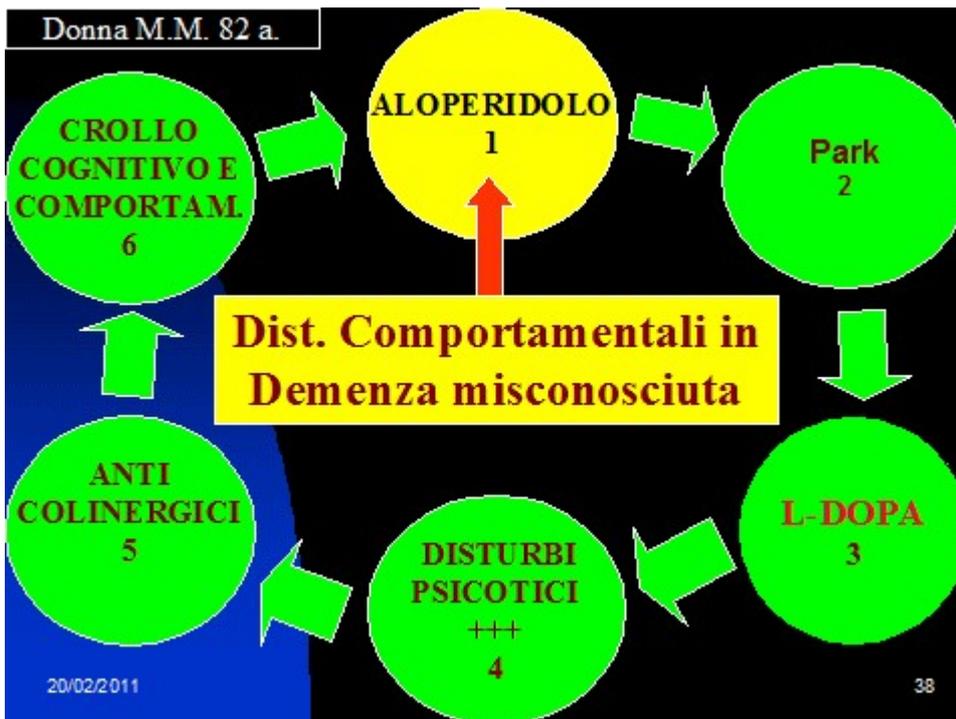
Questo comportamento di sottovalutazione comporta una ricaduta negativa sui programmi terapeutici farmacologici e non.

La mancanza di consapevolezza da parte del paziente e la sottovalutazione dei primi sintomi di decadimento cognitivo-comportamentale da parte dei conoscenti, dei familiari o del medico stesso, possono rappresentare quindi seri ostacoli ad una diagnosi precoce:

- La "gente"...interpreta i sintomi come sinonimo di "invecchiamento"
- I familiari... li negano, anche per remora "sociale"
- Il soggetto con demenza...rifiuta di sottoporsi a visita medica perché spesso non ha consapevolezza del proprio stato
- I medici...danno relativa importanza alla valutazione iniziale dello stato mentale con test brevi

Esistono dei vantaggi in una diagnosi tempestiva. Consistono nella possibilità di :

- Individuare le demenze di tipo reversibile
- Migliorare il quadro clinico, limitando le conseguenze riconducibili ad altre patologie spesso correlate ai processi dementigeni, come cardiopatie emboligene, stenosi carotidee, ipertensione arteriosa (e anche ipotensione arteriosa con i conseguenti danni cerebrali su base emodinamica) e il peso delle altre malattie internistiche (es. anemia, ecc.), attivando infine le procedure di prevenzione farmacologia e non dei fattori di rischio vascolare
- Informare i familiari (in qualche caso anche la persona malata) su malattia, possibilità terapeutiche e difficoltà, strategie di intervento non farmacologico verso la persona malata, servizi sanitari e socio-assistenziali presenti nel proprio territorio
- Fornire sostegno psicologico ai familiari stessi
- Riconoscere i segnali di una patologia allo scopo di introdurre quanto prima un trattamento, farmacologico o meno, sia per gli aspetti cognitivi che per quelli comportamentali, motori e vegetativi.
- Prevenire (o almeno "prevedere") il Delirium nel caso intervenga un'altra malattia o un ricovero ospedaliero
- Attivare le Tutele nell'ambito assistenziale, amministrativo (assegno di accompagnamento, legge 104, ecc) e medico-legale (ricorso alla figura dell'amministratore di sostegno, sospensione della guida di veicoli, ecc.)
- Per quanto possibile, in questa epoca delle passioni tristi, effettuare una terapia riabilitativa cognitiva
- Modificare lo stile di vita (attività motoria ricreativa, stimoli cognitivi adeguati, dieta, ecc.)
- Essere, infine, "pronti" a curare o prevenire le demenze quando emergeranno trattamenti efficaci a livello farmacologico e non.



Caso 5. Donna di 82 anni con demenza sottovalutata. Il medico curante interviene per sedarla a causa di sopraggiunti fenomeni di aggressività poiché "non riconosce la propria abitazione e vuole andare via a tutti i costi". L'Aloperidolo innesca eventi e terapie a cascata. L'intervento dello specialista consente di sospendere tutta la terapia, trattare la paziente per poche settimane con un A. Atipico e poi con un I-Che, e soprattutto informare i familiari delle strategie non farmacologiche da adottare.

Commentando questo caso, la prevedibile reazione della paziente, agitazione e aggressività finalizzata a volere uscire da "quella" casa e tornare "nella propria casa", non può essere affidata ai farmaci, agli psicofarmaci, ma a strategie non farmacologiche che possono consistere semplicemente nell'abbracciare il/la paziente, mantenere uno sguardo dolce, usare un tono di voce basso, calmo e pacato per rassicurare e magari dire: "hai ragione, usciamo e andiamo a casa tua". A questo punto, si fa insieme una passeggiata, si distrae la persona con demenza usando la fantasia, raccontando storie (sono ammesse le bugie !!), commentando la fioritura degli alberi, prendendo un buon gelato. Poi si torna insieme a casa... e quasi sempre la casa verrà riconosciuta come la propria o comunque non vi saranno problemi, almeno per quel giorno. Atteggiamenti di disaccordo ("..ma come!? Ci abiti da 40 anni!!") o, peggio, di sfida o di scherno, provocherebbero invece risultati opposti.

Alcuni comportamenti sono molto spesso fraintesi dal caregiver, e vanno spiegati, compatibilmente col livello culturale del caregiver stesso:

- Apatia o Pigrizia? ...è pigro, non vuole fare niente...No, è apatico!
- Abulia o Egoismo? ...e si fa anche servire... No, è abulico !
- Confabulazioni ("invenzioni della memoria") o Bugie? ...è diventato bugiardo, inventa storie e ricordi al momento non verosimili... No, racconta in realtà fatti personali avvenuti anni prima e richiamati alla memoria come i flash-back che osserviamo al cinema o nei libri !
- Funzioni perse o Capricci? ...un uomo con demenza, su comando perentorio della moglie, non appare capace di annodarsi la cravatta. La donna riferisce arrabbiata al medico (e il paziente intanto si agita e si preoccupa allarmato dal tono collerico nel racconto della moglie...): ieri non è stato capace, ma oggi l'ho trovato in bagno mentre fischiettava davanti allo specchio e si annodava tranquillamente la cravatta! Mi prende in giro! . NO. In questo caso va chiarito alla coniuge, magari semplificando la spiegazione scientifica, che abbiamo un cervello "a comando" e uno che funziona in "automatico", ovvero che compie azioni oramai automatizzate come abbottonarsi e altro ancora, fra cui farsi il nodo della cravatta!
- Psicosi o bisogni ?...un uomo, a cui è stata sospesa la patente di guida dopo un'infrazione grave determinata dai disturbi cognitivi, polemizza con diversi medici specialisti e i familiari perché non comprendono il suo senso di inutilità e di solitudine, in quanto si trova spesso da solo in casa poiché da qualche anno abita in un paesino vicino alla città dove prima poteva raggiungere gli amici. Viene curato con antipsicotici atipici, farmaci che gli provocano alterazioni della vigilanza e che non modificano il suo senso di frustrazione e la sua aggressività. In realtà la soluzione è rappresentata dal ritrasferimento in città (peraltro è in affitto nell'appartamento del paesino). L'idea viene accettata con fatica dalla moglie, e si rivela decisiva...I farmaci inutili e dannosi (in questo caso) possono essere sospesi.

2.3 Delirium

Il Delirium è una manifestazione frequente ed è "più comune dell' ictus cerebrale" – ovvero della terza causa di morte nel mondo occidentale e prima causa di inabilità! Eppure, malgrado ciò, il suo riconoscimento è raro nelle diagnosi di dimissione dai reparti ospedalieri, confermando che si tratta di un problema clinico sicuramente sottostimato, spesso misconosciuto e non adeguatamente trattato.

Si tratta, in breve, di uno Stato Confusionale, nella maggioranza dei casi reversibile, in cui si mescolano alterazioni dello stato di coscienza (sonnolenza, assopimento), delle abilità cognitive (attenzione, memoria, orientamento nello spazio e nel tempo, ecc.), della percezione della realtà (allucinazioni, ecc.), del comportamento psicomotorio (agitazione, a volte marcata apatia, o più spesso alternanza fra i due stati) , del ciclo sonno-veglia, in un quadro complesso spesso fluttuante, che può durare giorni o settimane.

Il rapporto fra Delirium e Demenze appare di recente sempre meglio delineato, anche se purtroppo ancora non ben conosciuto fuori dalla cerchia stretta degli esperti.

Infatti, il Delirium negli anziani di età superiore a 75 anni si associa a Demenza nel 50 % dei casi, un persona con Demenza ha un rischio di Delirium 2 o 3 volte maggiore e un rischio mortalità pressoché doppio. Il Delirium aggrava il percorso e l'evoluzione del quadro di Demenza preesistente. E' possibile che un Delirium si manifesti "più facilmente" in un soggetto con Demenza sottovalutata o sub-clinica, latente (come accade di frequente, ad esempio, in occasione di una frattura del femore o durante un episodio febbrile o in una o più circostanze fra quelle elencate prima) e che da quel momento emergano definitivamente le problematiche tipiche delle demenze, una volta superata la fase acuta.

A livello clinico possono nascere difficoltà nel riconoscere il Delirium se sovrapposto a Demenza. Bisogna attendere l'auspicabile miglioramento del quadro imputabile al Delirium per poi procedere alle valutazioni, nel tempo, della situazione clinica cognitiva e comportamentale.

Il Delirium dipende spesso da più cause ed è una patologia:

- ad alta incidenza ospedaliera negli anziani : 10-20 % al momento del ricovero e 10-30 % durante la degenza. Più frequente ad osservarsi in reparti chirurgici (chirurgia generale, ortopedia, ecc.)
- ad alta mortalità
- è più frequente in età avanzata : dopo i 70 anni il 25 % dei ricoverati presenta almeno un episodio di Delirium

Concorrono quindi a determinarlo fattori di rischio, fattori precipitanti e cause vere e proprie visibili schematicamente in 5 tabelle

1. FATTORI DI RISCHIO DEL DELIRIUM

- Età avanzata (maggiormente dopo gli 80 anni)
- Severità della disabilità
- Demenza
- Disidratazione
- Malnutrizione
- Febbre o ipotermia
- Infezioni
- Fratture
- Abuso alcolico
- Ipovisione e ipoacusia
- Ritenzione urinaria (globo vescicale !)

2. FATTORI PRECIPITANTI INDIPENDENTI

- Politerapia (rischio aumentato dal numero di psicofarmaci)
- Contenzione fisica
- Cateterismo urinario
- Interventi chirurgici e anestesie

3. POSSIBILI CAUSE DI DELIRIUM

- Farmaci
- Mal. del Sistema Nervoso centrale
- Mal. Metaboliche e Alterazioni Idro-Elettrolitiche
- Mal. Cardio-polmonari
- Mal. Ematologiche
- Mal. infettive e dell' apparato immunitario
- Tumori

- Traumi multipli
- Ustioni

4. FARMACI INCRIMINABILI

- Psicofarmaci : BDZ, Ipnocici, Barbiturici, Antipsicotici, Antidepressivi, Litio. Le BDZ, Benzodiazepine, sono note : Valium, Ansiolin, Noan, Tavor, Control, Lexotan, EN, Minias, Halcion, ecc.
- Antiepilettici
- Antiaritmici e antiasmatici
- Antibiotici (alcuni : gli aminoglicosidi, ad es.)
- Steroidi (cortisonici) e Salicilati (Aspirina)
- Ipotensivi
- Miorilassanti
- Anticolinergici....vedi 5

5. ALCUNI FARMACI AD ATTIVITÀ ANTICOLINERGICA

- Farmaci a spiccata attività anticolinergica, noti per la Malattia di Parkinson, anche se adoperati molto meno che in passato: Akineton, Disipal, Kemadrin, Sormodren, Tremaril
- Spasmolitici (es. Buscopan)
- Cimetidina, Ranitidina
- Prednisolone e cortisonici in genere
- Teofillina
- Digossina (Lanoxin, Lanitop, ecc.)
- Nifedipina (Adalat)
- Isosorbide
- Warfarin (Sintrom e Coumadin)
- Codeina
- Diuretici (Diazide e Furosemide- Lasix)

Il fatto che uno o più farmaci siano presenti nell'elenco delle sostanze che possiedono una debole attività anticolinergica non deve indurre all'allarme ed alla richiesta della loro sospensione, in quanto alcuni fra essi sono da ritenere dei "salvavita" (es. Sintrom e Coumadin impiegati per evitare embolie provenienti da trombi cardiaci, venosi, ecc.). Questo dato induce comunque a riflettere sul complesso ruolo delle medicine che, col loro carico di possibili effetti incrociati, influenzano l'incerto equilibrio di un corpo e di una mente di un anziano fragile! Spetterà al medico competente scegliere le modalità di cura appropriate.

3,0. Conclusioni

La fragilità non è una malattia, ma è una condizione complessa di equilibrio funzionale estremamente precario che rischia di rompersi al minimo trauma o crollare alla minima occasione avversa. La conoscenza delle principali modificazioni indotte dall'invecchiamento, dalle malattie e dagli stessi farmaci sui meccanismi di assorbimento e di azione dei farmaci stessi rappresenta il presupposto indispensabile per una loro corretta prescrizione (Senin U.). Occorre stimolare l'attenzione agli eventi sentinella, quali un'eccessiva e inusuale lentezza nel movimento, la comparsa di tremori o di altre anomalie del movimento, un equilibrio motorio che diviene precario, la frequenza di cadute, l'insorgenza di incontinenza urinaria, mutamenti nel comportamento e nelle abilità cognitive. Di fronte a qualsiasi manifestazione clinica in un soggetto anziano, dovrebbe nascere la buona regola di pensare in maniera sistematica ad una possibile patologia da farmaci. Non appare etico e augurabile essere colpiti all'epilogo della vita da fuoco amico...

Credere alla medicina sarebbe la suprema follia se il non crederci non ne costituisse una più grande, giacché da questo accumulo d'errori, alla lunga, sono venute fuori alcune verità
Marcel Proust, da "La côte des Guernantes"

Bibliografia essenziale

1. Albanese A.. I gangli motori e i disturbi del movimento. Piccin. 1991
2. Bassim CW et al.. Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. J Am Geriatr Soc, 56:1601; 2008.
3. Desplanques-Leperre et al. . Prescription médicamenteuse chez le sujet agé. La Revue du Praticien, fevrier 2006
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. J Gerontol 2001; 56: M146-M147.

5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamsom JD, Anderson G Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implication for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255-63
6. Geraud et al. Effect indésiderables neurologiques causés par les médicaments. *EMC Neurologia* 17-161-C-10. 1999
7. Hazzard W.R. I'm a geriatrician. *J Am Geriatr Soc*, 52: 161; 2004
8. Llau M-E et al. « Syndromes parkinsoniens d'origine médicamenteuse: expérience d'un centre régional de pharmacovigilance sur dix ans ». *Rev. Neurol.* 1994
9. Vittorio Mapelli Invecchiamento e consumo dei farmaci . Edizione Il sole 24 Ore. 2005
10. Micheli F. et al. "Flunarizine and Cinnarizine induced extrapyramidal reactions". *Neurology* 1987
11. Onder G. et al. ADE as cause of hospital admissions results from the Italian group of pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc*, 50:1962 – 1968; 2002.
12. Schiavo F.: Relazione sul tema " Parkinsonismo da Farmaci: l'esperienza di 34 casi in 3 anni ". I° Incontro Regionale di Farmaco-Epidemiologia. Udine. 19-20 Novembre 1999
13. Schiavo F. e A. Piani: "Conseguenze iatrogene e medico-legali nelle demenze misconosciute". Terzo Congresso Nazionale AIP " Alla ricerca del pensiero forte " . Gardone Riviera . 10-12 Aprile 2003
14. Schiavo F.: Poster su "Misdiagnosis of dementias : iatrogenic, ethical and legal consequences". "3rd Bologna International Meeting ABCD (Affective, Behavioral and Cognitive Disorders in the elderly). Bologna. June 2003. Submitted to Archives of Gerontology and Geriatrics
15. Schiavo F.: Relazione su "Parkinsonismo iatrogeno nell'anziano". 5° Convegno Nazionale AIP " La psicogeriatría nell'epoca delle passioni tristi" . Gardone Riviera (BS). 14-16 Aprile 2005
16. Schiavo F.: "Anziani fragili ed effetti neurologici indesiderati da farmaci". *Rivista di Psicogeriatría Suppl. " La protezione della persona fragile " n. 2 Maggio-Agosto; 102 -107. 2007*
17. Schiavo F.: *La Malattia di Alzheimer. Questa sconosciuta...* Edito dalla Associazione Alzheimer Udine. Seconda Edizione 2011
18. Senin U. et al. *Paziente Anziano Paziente Geriatrico.* EdiSES 2006.
19. Watts R. L. e W. C. Koller. *Movement Disorders.* McGraw – Hill. 1997
20. Vampini C. e Bellantuono C.. *Psicofarmaci e anziani. Il pensiero Scientifico Ed. 200*

Gli over 40 nel mondo del lavoro: una opportunità da cogliere

di **Giuseppe Zaffarano** | 13 Marzo 2011 | In: [Quaderno n.16 / 2011](#)

1. Premessa

Dall'ormai ultracinquantenario avvio del processo integrativo sfociato nell'attuale "Unione europea" a 27 Stati membri, nel 2007 è stato proclamato l'"Anno europeo della Pari Opportunità per tutti". Tra le altre, la Discriminazione per età, pesa in modo negativamente rilevante nell'economia europea. Visti i recenti cambiamenti demografici, che registrano una sensibile crescita della speranza di vita umana, è ormai sempre più anacronistico riferirsi alle persone "anziane" nel mondo del lavoro: sarebbe senz'altro più che opportuno sostituire il termine con "Occupabile Maturo", per integrarlo a pieno titolo nel "Mercato del Lavoro globale", grazie al prezioso utilissimo ruolo che potrebbe potenzialmente svolgere, visto l'indubbio patrimonio di conoscenze mediamente acquisito. Il tema impegna ormai da quasi un decennio la "Associazione Lavoro Over 40" per sensibilizzare le strutture istituzionali, imprenditoriali e sindacali con la denuncia del consistente problema, collaborando alla ricerca di adeguate misure per l'eliminazione dei pregiudizi e stereotipi che scatenano il problema. Chi, superata la soglia dei 40 anni, subisce la triste sorte dell'esclusione dal "Mercato del Lavoro", e vive con gran difficoltà il reinserimento per motivi di età, con conseguente disagio psico – economico nella persona stessa, che si estende ulteriormente causando inevitabili negativi riflessi per l'intero tessuto produttivo. Il non utilizzo di risorse umane con esperienza, se inizialmente produce un risparmio economico, rivolgendosi soprattutto a giovani-generalmente meno costosi, nel medio – a lungo termine produce inevitabili negativi riflessi socio – economici. Occorre quindi porsi il problema di "come" poter aumentare la ricettività del Mercato del Lavoro per tali potenziali lavoratori, al pari delle altre categorie di svantaggiati sociali, dei giovani, e delle donne, soprattutto per i potenziali diritti, generalmente acquisiti, legati alla maternità, dei diversamente abili o

delle discriminazioni per motivi razziali, etniche, religiose, per orientamento sessuale, etc., evitando che una categoria di vulnerabili svantaggiati prevalga su un'altra. La nostra azione mira a sensibilizzare la crescita di una politica di armonica integrazione finalizzata ad ottimizzare ogni potenziale componente attivo del "Mercato del Lavoro". E' un interesse che di sviluppo economico indissolubilmente legato all'Equità sociale, come spiega l'unanimemente riconosciuta migliore prassi danese della "Flexicurity", che si preoccupa anzitutto di fornire un elevato sistema di sicurezza sociale, abbinata alla mobilità lavorativa intra ed extra aziendali, così tanto da rappresentare un modello d'indiscussa efficacia!

Un fine arduo? Sì certo, ma sostenuto dalla convinzione che vale la pena affrontarlo e coglierne le sfide presenti e future!

2. Di chi parliamo? Chi è il soggetto di cui ci occupiamo?

Il fenomeno della globalizzazione e della delocalizzazione, che si è verificato negli ultimi anni e la attuale crisi economica mondiale, ha costretto i paesi, soprattutto quelli industrializzati, a rivedere le politiche di sviluppo e di crescita: in questo contesto l'esclusione dal mondo del lavoro degli over 50 ha assunto dimensioni sempre più consistenti. Se alla causa del rallentamento delle attività: si aggiunge anche il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, si comprende come questo mix sia diventato altamente pericoloso. Per contro si assiste ad un abbassamento dell'età "problematica", colpendo individui sempre più giovani in fasi delicate della vita, con drammatici risvolti sociali. Oggi possiamo dire che l'età critica è sui 40 anni. Più che definire il problema e valutare i suoi risvolti sociali e psicologici in modo asettico è preferibile toccarlo con mano o comunque immedesimarsi in chi lo potrebbe vivere, perché potrebbe accadere a tutti di subirlo in misura più meno grande. Ecco come lo descrive l'Associazione Lavoro Over 40.

Hai più di 40 anni ed un bel giorno il tuo datore di lavoro ti convince o ti costringe a trovare un altro lavoro o a metterti in proprio, magari facendoti vedere un po' di soldi, oppure chiude o riduce le dimensioni dell'azienda con mille motivazioni. Ti trovi così fuori dal mondo del lavoro, ma con molta fiducia e con molte speranze affronti il futuro pensando: " non sono vecchio ed ho acquisito una professionalità; non mi sarà difficile trovare un nuovo lavoro".

Poi, dopo qualche mese, ti accorgi che le cose non vanno proprio come pensavi: i risparmi cominciano ad assottigliarsi, cominci a fare piccole rinunce, non puoi più consentire alla tua famiglia di mantenere il tenore di vita di prima. Insomma le giornate diventano un calvario e tu ti innervosisci sempre più perché ti accorgi che il mercato del lavoro rifiuta i "lavoratori maturi" a favore dei giovani, che costano di meno, grazie agli incentivi all'assunzione. In sostanza per te si allontanano le speranze di reinserirti nel mondo del lavoro.

Cominci a girare presso amici e parenti alla ricerca di una sistemazione, ti affidi alle agenzie del lavoro, ma ti accorgi che spesso possono farti solo promesse, e che in realtà trovano anche loro molta difficoltà a collocarti per via dell'età. Oppure arrivi ad accettare il lavoro offerto da quei "pirati commerciali" senza scrupoli che giocando sulla tua condizione disagiata e debole ti fanno balenare l'idea di risolvere i tuoi problemi con miracolose offerte di franchising o di network marketing. Ma anche qui, dopo un po' ti accorgi che tu lavori per raggranellare qualcosa, ma in realtà i veri guadagni li fanno gli altri. Insomma le tenti tutte ma con molte difficoltà e senza molto successo e con un'aggravante: essendo passato molto tempo ti accorgi di perdere a poco a poco quella professionalità che avevi acquisito e pian piano ti senti tagliato fuori. A questo punto, se non sei preso da sconforto o da depressione, senti il bisogno di confrontarti, di verificare se e quante persone sono nella tua condizione. Senti il desiderio di far emergere e far conoscere a tutti, politici ed amministratori, questa drammatica condizione sociale.¹

Giuseppe Zaffarano, Presidente Associazione Lavoro Over 40 www.lavoro-over40.it
1 sito www.lavoro-over40.it : chi è il lavoratore over 40

3. La discriminazione

Ancora oggi pregiudizi e stereotipi non considerano le reali competenze dei lavoratori con la conseguenza che quotidianamente sono estromesse dal mercato le persone più capaci, preparate e competitive che hanno la sola colpa di avere un'età anagrafica superiore ai 40 anni.

Con la direttiva CE 2000/78 la comunità europea, include la discriminazione per età fra quelle da combattere unitamente alla discriminazione di religione, genere, convinzioni personali, handicap, e tendenze sessuali. L'inclusione dell'età fra i motivi vietano la discriminazione è stata una scelta dettata dalla necessità di preservare le categorie dei lavoratori in giovane età, da una parte, e quelli in età

avanzata dall'altra, dal rischio di essere discriminati nel lavoro per il solo fatto di trovarsi in una condizione di diversità anagrafica rispetto a quella del lavoratore medio.

Ciononostante l'esempio di discriminazione è quotidiano: basta aprire i giornali e leggere le offerte di occupazione, oppure basta scorrere le offerte di occupazione delle istituzioni per averne un esempio. E tutto questo in contrasto con le strategie di Lisbona e con la normativa europea.

3.1 La percezione della discriminazione in Europa

La Commissione Europea verifica annualmente la percezione della discriminazione nei 27 paesi della comunità. Grazie a questa ricerca è possibile confrontare lo status dei fenomeni di discriminazione nei singoli paesi e soprattutto capire dove esistono spazi di miglioramento per ridurre questo drammatico divario anche in considerazione del fatto che nuovi paesi sono entrati a far parte della comunità e quindi potrebbero accentuare le differenze. Tra le discriminazioni viene inclusa anche quella per età. Anche se spesso essa non si presenta mai da sola ma accompagnata da altre modalità di esclusione (Sesso, religione etc.) determinando il fenomeno della "discriminazione multipla", si cercherà di estrapolare il fenomeno per valutarne la sua intensità. Tale estrapolazione viene espressa in Fig. 4, e dimostra che in media nel 2009 il 58% della popolazione europea ha l'opinione che l'età sia una forte discriminazione (52% nel 2008 e 46% nel 2006).² Il fenomeno è molto accentuato tra i nuovi paesi entrati Ungheria (79% e 69% nel 2006) o in Repubblica Ceca (74% e 63% nel 2006) e relativamente poco sentita in Irlanda (30% e 36% nel 2006) e Lussemburgo (37% e 31% nel 2006) In altri paesi del blocco europeo (tra cui l'Italia) il fenomeno si attesta attorno alla media della media raggiungendo circa il 50%. L'aumento generalizzato di tale percezione rispetto ai precedenti anni è prevalentemente dovuto al crisi economica in atto, ma comunque rimane il fatto che la percezione della discriminazione in per età in Europa sia ancora molto alta (circa il 54%) e che c'è ancora molta strada da fare per sconfiggere questo stereotipo.

La figura 5 invece mostra lo spaccato delle discriminazioni quando queste si applicano al mondo del lavoro. Più specificamente la domanda sottoposta agli intervistati intende mettere in evidenza lo svantaggio delle persone nella ricerca del lavoro. È sconcertante il fatto che in media 8 persone su 10 (77%) richiedano che a parità di qualifica una persona over 50 ci siano provvedimenti atti a eliminare la discriminazione per età. Questa indagine dimostra che in Europa la discriminazione per età nell'ambito lavorativo è molto forte e preoccupante.

Le due figure pertanto dimostrano la sensibilità della popolazione europea sul tema di queste due discriminazioni (età e disabilità) come freno all'inserimento lavorativo e si augurano che possano essere provvedimenti che riducano questo fenomeno.

In definitiva si può dedurre che la ricerca europea dimostra come lo stato delle discriminazioni sia ancora elevato in Europa ed in particolare con riguardo alla disabilità ed alla età. Ma mette in evidenza anche il fatto di come la popolazione si aspetti interventi radicali per ovviare a questo inconveniente: segno questo di un forte ritardo delle istituzioni a porre dei rimedi.

3.2 La azioni di vigilanza della Comunità Europea

La comunità europea sta vigilando con continuità sul rispetto della direttiva 2000/78 CE, tanto che il 31 gennaio 2008.³ è stato fatto il richiamo formale ad 11 stati membri (Repubblica ceca, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Finlandia e Svezia e Germania) fornendo loro pareri motivati su alcuni problemi riscontrati nella applicazione e chiedendo di rispondere entro due mesi alle richieste di adeguamento alla direttiva europea altrimenti la commissione potrebbe adire alla Corte di Giustizia europea.

L'azione prosegue quella iniziata nel dicembre 2006. All'epoca sono state inviate lettere di costituzione in mora a 17 paesi per l'inadeguatezza applicativa della direttiva. Nel dicembre 2007 la procedura aperta contro la Slovenia e Cipro è stata chiusa in seguito all'adozione, in questi paesi, di nuovi strumenti legislativi rispondenti ai requisiti della Commissione.

Come si evince la Commissione è molto attenta al rispetto della normativa ed anche l'Italia non è esente da questi chiarimenti soprattutto alla luce delle discriminazioni per età ancora esistenti all'interno dell'apparato istituzionale (concorsi pubblici in cui viene evidenziata l'età).⁴

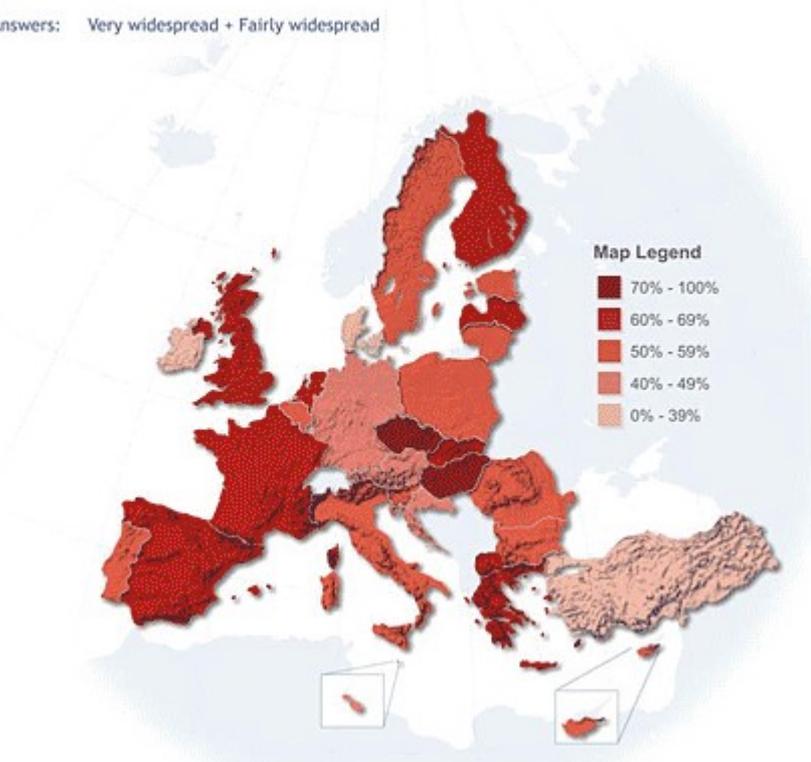
Fig. 4 Percezione della discriminazione per età

	HU	79%
	CZ	74%
	FR	68%
	LV	67%
	NL	66%
	SK	64%
	FI	63%
	ES	61%
	UK	61%
	EL	60%
	LT	59%
	EU27	58%
	BG	58%
	SE	55%
	RO	55%
	IT	54%
	CY	54%
	BE	53%
	PT	53%
	SI	52%
	EE	51%
	PL	51%
	DE	48%
	AT	46%
	MT	44%
	DK	39%
	LU	37%
	IE	36%
	MK	60%
	HR	47%
	TR	33%

Question: QE1.4. For each of the following types of discrimination, could you please tell me whether, in your opinion, it is very widespread, fairly widespread, fairly rare or very rare in (OUR COUNTRY)? Discrimination on the basis of...

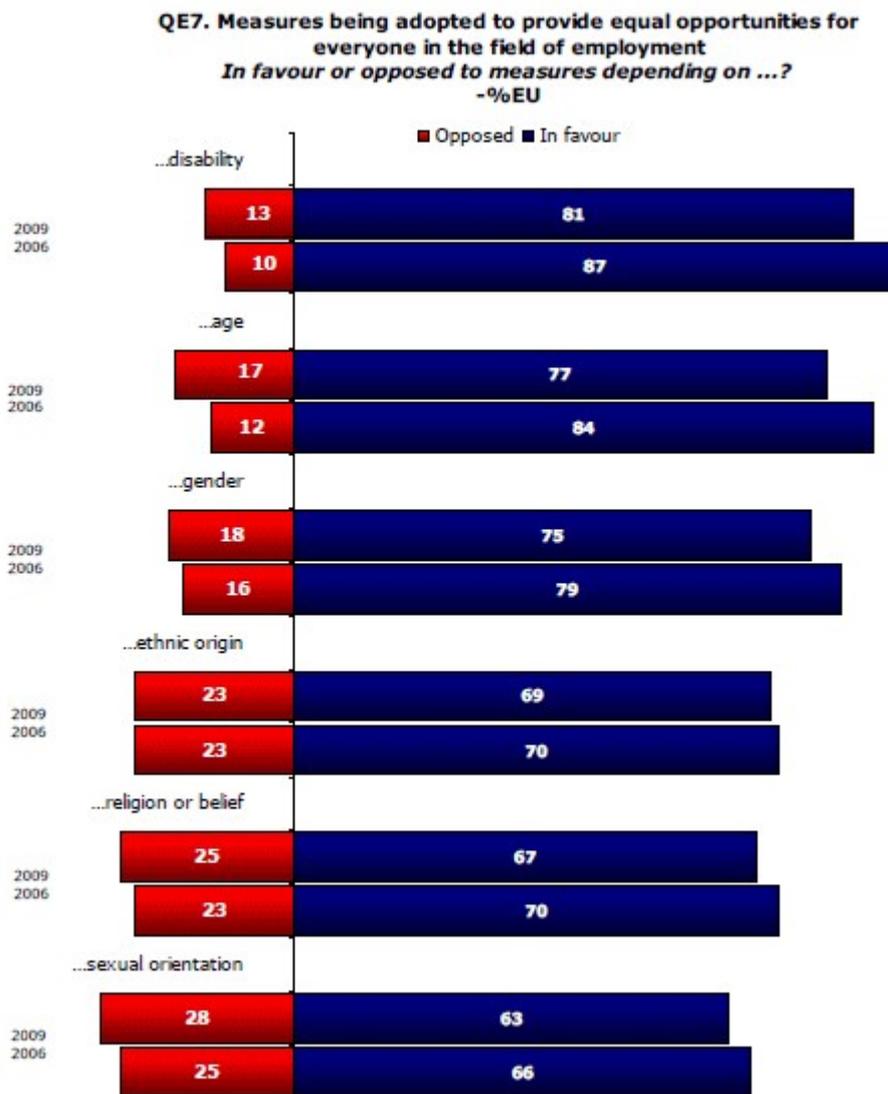
Option: Age

Answers: Very widespread + Fairly widespread



Special EUROBAROMETER 317 "Discrimination in the EU in 2009
 Fieldwork May-June 2009
 Report Publication November 2009

Fig. 5: Misure richieste per garantire la non discriminazione nell'ottenere un impiego.



Special EUROBAROMETER 317 "Discrimination in the EU in 2009
 Fieldwork May-June 2009
 Report Publication November 2009

2 Special EUROBAROMETER 317 "Discrimination in the EU in 2009 Fieldwork May-June 2009 Report Publication November 2009

3 MEMO/08/68 Brussels, 31 January 2008 "Employment" Directive (2000/78/EC): list of Member States to which a reasoned opinion or letter of formal notice will be sent

4 IP/08/155 Bruxelles, 31 gennaio 2008 La Commissione si adopera per colmare le lacune esistenti in materia di parità sul lavoro)

3.3 La discriminazione per età in Italia

Nel rispetto della direttiva europea 2000/78 CE del 27 Novembre 2000, i singoli stati hanno promulgato leggi antidiscriminatorie di minore o maggiore portata. Anche l'Italia ha soddisfatto questa necessità con il DLGS 216/03 del 9 Luglio 2003, una normativa che considera l'esposizione dell'età e le altre discriminazioni una violazione del principio delle pari opportunità.

La normativa, all'art. 3 comma 1 afferma che:

1. Il principio di parità di trattamento senza distinzione di religione, di convinzioni personali, di handicap, di età e di orientamento sessuale si applica a tutte le persone sia nel settore pubblico che privato ed e' suscettibile di tutela giurisdizionale secondo le forme previste dall'articolo 4, con specifico riferimento alle seguenti aree:

a) accesso all'occupazione e al lavoro, sia autonomo che dipendente, compresi i criteri di selezione e le

condizioni di assunzione;

b) occupazione e condizioni di lavoro, compresi gli avanzamenti di carriera, la retribuzione e le condizioni del licenziamento;

c) accesso a tutti i tipi e livelli di orientamento e formazione professionale, perfezionamento e riqualificazione professionale, inclusi i tirocini professionali;

d) affiliazione e attività nell'ambito di organizzazioni di lavoratori, di datori di lavoro o di altre organizzazioni professionali e prestazioni erogate dalle medesime organizzazioni.

poi enuncia alcune limitazioni per specifici settori (es. forze armate).

Spesso questa norma viene disattesa, sia dai privati, agenzie per il lavoro e da coloro che fanno ricerche e selezione di lavoratori. Non si capisce se questo accade per "ignoranza", oppure per indifferenza al rispetto delle normative confidando sulle incapacità sanzionatorie del nostro sistema. Sta di fatto che spesso si trovano riferimenti alla età. Ma capita di peggio. Assistiamo a violazioni della 216/03 anche:

- nei bandi di concorso della Camera e del Senato;
- nella Scuola Superiore della Pubblica amministrazione;
- nel Ministero delle Politiche Comunitarie e del Commercio Internazionale (vedasi l'ultimo bando di reclutamento nel "master per analisti finanziari";
- lo stesso Ministero della Giustizia (reclutamento di uditori giudiziari per l'accesso alla magistratura);

solo per citare alcuni esempi, ma si continuano a pubblicare bandi di concorso illeciti con paradossali anacronistici limiti di età vietati dall'ordinamento giuridico.

Sebbene l'imporre il divieto di discriminazione sia considerato un aspetto formale, è pur sempre utile evidenziare la necessità che gli annunci siano improntati alla non esclusione a priori dei soggetti "maturi".

Infatti dietro l'aspetto formale spesso c'è anche un aspetto sostanziale di crescita culturale. Il non inserire una discriminazione nelle ricerche di risorse umane è uno stimolo per i consulenti alla selezione per far riflettere i committenti sulle reali necessità di ricoprire funzioni o ruoli che vengono ricercati. E' quindi uno strumento di valorizzazione della consulenza oltre che uno strumento che, se ben utilizzato, sviluppa maggiore efficacia ed efficienza nelle ricerche.

L'introduzione della legge Biagi con il DLGS 276/03 nel 2003 ha portato alcune radicali trasformazioni nel mondo del lavoro. Anche se alla luce delle esperienze fatte occorre apportare delle modifiche ed aggiornare il contenuto, soprattutto nella parte contrattualistica, la norma contiene chiari riferimenti alla non discriminazione.

L'art.10 del DLGS 276/03 enfatizza la necessità di non discriminazione nell'ambito delle offerte di lavoro, affermando anche il principio di trasparenza. Quindi una conferma del recepimento, almeno sulla carta, del principio espresso dalla direttiva europea 2000/78/CE e definita dal DLGS 216/03, ponendo poi delle sanzioni penali all'art.18 ed amministrative all'art.19.

Inoltre il DLGS 276/03 afferma il riconoscimento degli over 50 (purtroppo non gli over 40) tra le categorie dei lavoratori "svantaggiati", in base all'art. 2 del regolamento CE n. 2204/2002, cioè persone non in grado di inserirsi nel mercato del lavoro senza specifica assistenza. Per essi è stato previsto un contratto di inserimento lavorativo (art. 54 e seguenti) al pari dei giovani fino a 29 anni o disoccupati di lunga durata fino a 32 anni, con contributi ed agevolazioni alle aziende che li assumono. che siano

E poi ancora i lavoratori over 45 sono considerati anche nelle nuove tipologie contrattuali atipiche e flessibili previste dal DLGS 276/03 e riconducibili

+ al lavoro subordinato:

- attraverso il "lavoro intermittente"
- iscritti alle liste di mobilità e di collocamento;

+ al lavoro autonomo:

- attraverso le "collaborazioni a progetto" per favorire l'emersione delle attività di natura meramente occasionale rese da particolari soggetti a rischio di esclusione sociale
- attraverso il "lavoro accessorio" per tutelare le persone in procinto di uscire dal mercato del lavoro.

4. Conclusioni

Sebbene in modo sintetico possiamo affermare che la discriminazione per età unitamente ad altre modalità discriminatorie rivestono un particolare interesse a livello europeo. Da anni la Comunità europea tiene sotto stretto controllo il fenomeno e cerca di proporre soluzioni che ne riducano gli effetti negativi al fine di perseguire l'obiettivo reale delle pari opportunità. E' una strada impervia e il continuo monitoraggio fatto con Eurobarometer dimostra che la discriminazione è ancora molto elevata e percepita molto preoccupante dalle persone ed in particolare dai lavoratori maturi over 45.

La soluzione del fenomeno richiede prima di tutto un intervento culturale pluriennale e forse generazionale; certamente non a breve termine e attuabile con un lento cammino.

E' interessante anche notare che l'Europa affronta il problema a due velocità: a grandi linee si può dire che i Paesi del Nord Europa hanno già fatto passi avanti notevoli contro la discriminazione, mentre nel Sud Europa tale problema sta muovendo i primi timidi passi.

I riflessi sul mondo del lavoro sono importanti; la discriminazione per età, soprattutto, comporta una perdita di efficacia ed efficienza nelle aziende. Infatti allontanando i lavoratori maturi a favore dei giovani, o di altra categorie di lavoratori meno preparati, rincorrendo la mera chimera di un risparmio, si rischia di gettare via un prezioso il patrimonio aziendale con il conseguente pericolo di rallentare la crescita delle aziende. Inseguire la chimera del risparmio a breve pertanto è un boomerang che una saggia conduzione aziendale dovrebbe evitare.

Sarebbe invece più ragionevole servirsi della ricchezza aziendale che il lavoratore maturo porta, ed ampliarla potenziando il "capitale umano" che egli è capace di offrire. Un capitale umano che non deve essere confuso o limitato alla sola capacità professionale di un lavoratore, ma arricchito anche dalle esperienze extraprofessionali (esperienze informali) che possono avere riflessi importanti sull'attività lavorativa. Il vantaggio di sviluppare il "Capitale umano" è duplice: dal punto di vista aziendale che si arricchisce di altre esperienze, mentre il lavoratore troverebbe maggiori stimoli e soddisfazioni nell'impegnare tutte le sue risorse nel lavoro.

In definitiva auspicabile che aziende, intermediari del lavoro, agenzie, istituzioni e gli stessi lavoratori vedano il dettato legislativo in tema di antidiscriminazione, sia a livello europeo che a livello nazionale, non come una mera e fastidiosa costrizione e limitazione della attività lavorativa, bensì come una opportunità per riflettere sui reali ruoli che occorre ricoprire nelle funzioni aziendali e sulle migliori soluzioni che sono offerte dal mercato, senza farsi condizionare da stereotipi dettati solo dalla comune prassi. Non è facile percorrere questa strada, ma è quanto mai opportuno iniziarla se si vuole crescere.

Soluzioni "made in Italy" alla non autosufficienza: dall'utopia della de-istituzionalizzazione alla domiciliarità della cura

di **Mara Tagliabue, Tiziana Tesaurò** | 22 Marzo 2011 | In: **Quaderno n.16 / 2011**

Introduzione

Nel modello mediterraneo di welfare il sistema dei servizi socio-assistenziali in generale, per la non autosufficienza in particolare, risulta essere carente e inadeguato. Il caso italiano, soprattutto dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, si è caratterizzato per un deciso processo di regionalizzazione delle politiche sociali¹ e dei diritti sociali di cittadinanza, nell'ambito di un divario crescente tra il Nord e il Sud del paese (Pugliese 2008). I servizi e le prestazioni per i non autosufficienti si distribuiscono pertanto in modo disomogeneo sul territorio nazionale e sono particolarmente insufficienti nel Mezzogiorno, dove il gap tra domanda e offerta è particolarmente ampio (Pavolini 2004). Il lento sviluppo socio-economico che ha caratterizzato il Sud del paese, infatti, e la fragilità del welfare meridionale costituiscono fattori di rischio ambientale che determinano una maggiore incidenza della non autosufficienza e, in generale, una crescente domanda sociale di cura. Al Nord come al Sud sulla famiglia ricade, prevalentemente, il bisogno di continuità assistenziale dei soggetti non autosufficienti e il lavoro di cura si svolge sempre più in ambito domestico. Tuttavia la cura a domicilio, che pure potrebbe rappresentare il modello chiave di una nuova strategia volta ad accrescere la qualità della salute è comunque dimensione problematica. In primo luogo perché i costi sono quasi esclusivamente a carico della famiglia, in secondo luogo perché la cura a domicilio è condizione potenzialmente vulnerante per il caregiver primario (familiare o badante che sia). Il paper declina il tema della non autosufficienza nei seguenti quattro ambiti di analisi. Nel primo paragrafo si delineano i tratti distintivi del modello di welfare mediterraneo in relazione alla non autosufficienza e si inserisce poi, in tale contesto, il caso italiano con le sue peculiarità. Nel secondo paragrafo si affronta il tema delle disuguaglianze in salute e rischio non autosufficienza. Nel terzo paragrafo si esplora il tema della domiciliarità del lavoro di cura, evidenziando come nel nostro paese, in quest'ultimo quarantennio, l'auspicato sviluppo dei servizi territoriali domiciliari, che pure si è realizzato, non è stato sufficiente a colmare il gap tra domanda e offerta. Nel paragrafo si presta particolare attenzione al fenomeno badanti evidenziando come, tale fenomeno, ponga socialmente il tema della cura e della vulnerabilità di chi cura. Si conclude il paper discutendo di applicazioni di domotica come interventi in grado di sostenere l'autonomia e la domiciliarità degli anziani.

1. Il modello di welfare mediterraneo e il caso italiano

La Commissione Europea ha stimato un incremento della popolazione di età superiore ai 65 anni, entro il 2050, del 44,5% per la popolazione di età compresa tra i 65 e i 79 anni, del 171,6% per la popolazione con più di 80 anni (cfr. COM. 2005, 94, COM. 2006, 571). Dato lo scenario demografico l'agenda di Lisbona ha definito "prioritarie e indispensabili" due linee di azione:

– l’attuazione di politiche volte a promuovere una maggiore partecipazione all’attività lavorativa, soprattutto per le donne (e le altre fasce più marginali rispetto al mercato del lavoro, ovvero i giovani e le persone in età avanzata) (COM. 2005, 94).

– la modernizzazione (corsivo nostro) dei sistemi di protezione sociale soprattutto attraverso il potenziamento di un sistema integrato di servizi socio-sanitari (ibidem).

Rispetto alla linee guida della strategia di Lisbona i paesi dell’Europa del mediterraneo presentano una condizione alquanto problematica. In primo luogo perché in questi paesi lentamente crescono i tassi di occupazione delle donne²; in secondo luogo perché sono paesi che presentano una ripartizione della spesa sociale fortemente squilibrata a favore della spesa pensionistica e che, conseguentemente, destinano al settore assistenziale risorse scarse (Tab. 1).

Tabella 1- Spesa sociale per settori in percentuale della spesa sociale totale nel 2004. Valori %

	Italia	Spagna	Grecia	Portogallo
Malattia e sanità	25,9	30,8	26,5	30,4
Invaldità e disabilità	6,1	7,5	5,0	10,4
Anzianità e vecchiaia	51,3	40,7	47,7	40,2
Superstiti e reversibilità	10,0	3,0	3,5	7,1
Famiglia e minori	4,4	3,5	6,9	5,3
Disoccupazione	2,0	12,9	5,9	5,7
Casa	0,1	0,8	2,3	0,0

Fonte: Eurostat in Ponzini 2008

Nello specifico, tenuta in debito conto la difficoltà di reperire dati affidabili e comparabili per i diversi paesi (Anttonen e Sipilä, 2001), è possibile affermare che il quadro dell’offerta nei paesi del mediterraneo è caratterizzato da una sorta di “ritardo comune” nell’assistenza agli anziani. Pesaresi e Gori³ (2005), considerando gli indici di copertura dell’assistenza domiciliare e di quella residenziale, asseriscono che i paesi del mediterraneo risultano essere quelli che hanno l’organizzazione dei servizi per anziani meno sviluppata rispetto a tutti gli altri paesi dell’Unione Europea⁴ (Tab.2).

Tabella 2 – Percentuale di anziani assistiti per paese, anno e tipologia di servizio

Paese	Anno	Percentuale di anziani assistiti tramite assistenza domiciliare	Anziani in strutture residenziali
Italia	1999	3,0%	2,7%
Spagna	1999	1,8%	3,2%
Portogallo	1992	1,0%	2,0%
Grecia	1998/1991*	0,3%	1,0%

Fonte: Pesaresi, Gori (2005)

All’anno 1998 si riferisce la percentuale di anziani che hanno usufruito di assistenza domiciliare, al 1991 quelli che hanno usufruito di strutture residenziali

E questo a fronte di una domanda di cura tutt’altro che trascurabile. La tabella seguente (Tab. 3) ci permette di quantificare, per fasce di età e grado di disabilità, la domanda di assistenza degli anziani in tutti i paesi europei.

Tabella 3 – Popolazione anziana non autosufficiente per grado di non autosufficienza e fasce di età. Paesi dell’Europa del Sud, anno 1999

Europa del Sud	65-79	80 e +
Disabilità grave	13,5	27,7
Disabilità moderata	19,4	19,5
Totale	32,9	47,2

Fonte: Libro Blanco de dependencia

Nei paesi del mediterraneo dunque ben un terzo degli anziani, per così dire più giovani, e quasi la metà dei grandi anziani è affetto da disabilità (grave o moderata). Di loro si occupano prevalentemente le reti familiari. Alla famiglia è riservato un ruolo fondamentale nella produzione di welfare informale (tra gli altri Naldini, 2006). Nel contesto mediterraneo è particolarmente diffuso un modello familiare caratterizzato dalla solidarietà intergenerazionale (tra genitori e figli), ovvero dall’ esistenza di forti relazioni e scambi tra genitori e figli per tutto il corso di vita. A fronte di ciò il tema della cura ha trovato spazio in ambito europeo in relazione all’aspetto della conciliazione. Nell’ottica della valorizzazione delle risorse familiari l’agenda di Lisbona, non a caso, impegna i governi a più efficaci politiche di ri-conciliazione tra vita lavorativa e vita privata attraverso la messa a disposizione di servizi per l’infanzia e la cura delle persone non autosufficienti (COM 2005, 141). In merito al tema della conciliazione nella consultazione formale delle parti sociali (SEC 2006, 1245) la Commissione Europea ha messo a tema un’eventuale revisione delle disposizioni esistenti per quanto riguarda il congedo di maternità e il congedo parentale nei paesi

membri; ha anche sollecitato (COM 2007, 49) la creazione di "congedi filiali" che permettano di occuparsi di genitori anziani, e che siano "attraenti" tanto per gli uomini quanto per le donne"⁵. In questa prospettiva, almeno sul piano del dibattito in corso, si sta assistendo ad un processo convergente di progressiva definizione della non autosufficienza come nuovo rischio sociale. In merito la legge spagnola (che in questa sede brevemente richiamiamo) "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (Per la promozione dell'autonomia personale e la cura delle persone non autosufficienti)" rappresenta un'esperienza unica e innovativa. Il 21 aprile 2006 il governo ha presentato in parlamento una proposta di legge che regola il sistema nazionale di tutela per i non autosufficienti, approvato il 30 novembre ed entrato in vigore il 1 gennaio 2007⁶. La legge sposa la filosofia universalistica⁷, dal momento che riconosce il diritto all'assistenza per tutti i cittadini non autosufficienti indipendentemente dall'età e dalle condizioni di reddito⁸. Così facendo il legislatore legittima la fruibilità del diritto sociale di assistenza basandosi unicamente sulla verifica della condizione di bisogno, non tenendo conto di altri fattori. Considera altresì quella condizione una condizione che, di per se stessa, dà diritto a prestazioni e servizi. In tal senso la normativa spagnola riconosce alla non autosufficienza la dignità di nuovo rischio sociale, superando, nell'ambito dell'assistenza agli anziani, la filosofia tradizionale che ancora prevalentemente tutela questa fascia della popolazione dai rischi legati alla carriera lavorativa, attraverso appunto i benefici previdenziali. La legge prevede la creazione di un sistema ad hoc, ovvero il Sistema per l'autonomia e la cura della non autosufficienza (SAAD) (Cap.II, Art. 14, 15 e 16), finalizzato all'offerta integrata di servizi, anche attraverso il riconoscimento e l'incentivazione dell'offerta privata e del terzo settore; prevede una consistente incentivazione di interventi di prevenzione e di riabilitazione e, al contempo, l'incremento di prestazioni monetarie⁹ finalizzate a favorire l'accesso ai servizi. Solo nei casi in cui il soggetto fosse impossibilitato ad accedere ad un qualunque servizio, la normativa riconosce "eccezionalmente" la possibilità di impiegare la prestazione per usufruire di un'assistenza privata, erogata da un familiare o da un assistente privato (Art.17 e Art.18 comma 1). Obiettivo della legge è dunque quello di potenziare e riordinare il sistema dell'offerta dei servizi per gli anziani ancora insufficiente nel paese (Tab. 4).

Tabella 4 – Spagna, numero utenti¹⁰ e indice di copertura dei Servizi Sociali per tipologia

SAD		Teleassistenza ¹¹		Centro Diurno ¹²		Strutture residenziali	
Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*	Utenti	Indice di copertura*
228.812	3,14	148.905	2,05	33.709	0,46	275.049	3,78

Fonte: Libro Blanco de dependencia

*Indice di copertura: utenti/totale della popolazione anziana x 100

1.1 Le peculiarità del caso italiano

Il fenomeno invecchiamento può essere considerato uno spaccato attraverso cui leggere la tipicità del welfare italiano che risponde ai bisogni prioritariamente attraverso trasferimenti al reddito e relega l'assistenza in un ruolo residuale. Sebbene la nostra costituzione all'articolo 38 sancisca il diritto alla previdenza e all'assistenza, riconoscendo attraverso la previdenza, il diritto alla prestazione come contropartita di una precedente contribuzione, e attraverso l'assistenza, il diritto al soccorso per chiunque si trovi in condizione di bisogno, di fatto nel nostro paese l'assistenza, che avrebbe dovuto mettere tutti i cittadini sullo stesso piano attraverso l'offerta di servizi in chiave universalistica, continua ad avere un ruolo residuale nelle politiche sociali, schiacciata da un sistema pensionistico ingombrante e costoso. Le risorse dedicate all'assistenza in generale restano esigue. In particolare la spesa per l'assistenza continuativa rappresenta l'1,13% del Pil. Di questa voce di spesa solo il 4% è destinato al Long-Term Care, il 2% se si considerano esclusivamente i servizi (Gori, Lamura 2009). Sebbene l'assistenza continuativa a titolarità pubblica¹³ (Long-Term Care) abbia avuto un costante sviluppo dagli anni '70 ad oggi, la componente relativa all'offerta dei servizi resta carente e disomogenea sul territorio nazionale come mostra la Tab. 5, evidenziando le basse percentuali di anziani utenti dei servizi, delle strutture e dell'ADI, la disponibilità dei posti letto e le ore medie annuali di ADI.

Tabella 5 – L'assistenza continuativa nelle Regioni 2005-2007

Regioni	% anziani		% posti letto socio-assistenziali in strutture	% anziani utenti ADI	Ore ADI medie ann.	% spesa ADI su spesa sanitaria
	utenti ser	utenti struttu				
Friuli-Venezia Giulia	17,4	7,6	20	7,2	17	3,15
Emilia-Romagna	12,0	4,4	30	5,7	23	1,94
Veneto	11,8	4,6	19	6,4	14	1,11
Molise	10,2	2,5	22	3,7	12	0,70
Liguria	9,6	5,2	6	3,2	25	0,93
Lombardia	9,1	3,8	3	3,6	18	0,82
Piemonte	8,5	5,2	55	1,8	25	1,13
Abruzzo	8,1	1,9	30	3,6	33	0,86
Marche	7,9	3,1	43	3,9	28	1,66
Umbria	6,5	1,6	28	4,3	17	2,23
Lazio	6,4	1,4	60	3,8	21	-
Basilicata	5,9	0,6	61	4,3	44	1,37
Toscana	5,6	2,3	20	2,1	25	1,46
Sardegna	5,4	1,7	50	1,2	71	0,70
Sicilia	4,9	1,1	42	1,0	37	1,44
Calabria	4,8	0,6	29	2,7	17	0,37
Campania	3,7	0,6	70	1,6	59	0,38
Puglia	3,5	1,1	57	1,6	52	0,35
Italia	7,9	3,0	28	3,2	24	1,08

Fonte: Network Non Autosufficienza

Di contro all'auspicato sviluppo di un sistema dei servizi (di cui già la Commissione Onori 1997) si è assistito a un progressivo rafforzamento della logica della monetizzazione delle prestazioni. Nel nostro paese i percettori dell'indennità di accompagnamento costituiscono il 9,5% degli anziani (Network Non Autosufficienza 2009) percentuale che sopravanza di gran lunga il complesso degli utenti dei servizi domiciliari e residenziali. Si assiste poi contestualmente al riemergere della filosofia della beneficenza che si credeva ormai appartenere al passato. Il Libro Bianco sembra avallare per lo più un sostanziale arretramento nei fatti sul piano dei diritti di cittadinanza, in particolar dei diritti sociali. Wilensky sosteneva che l'essenza del welfare state consiste nel garantire a tutti i cittadini standard minimi di reddito, istruzione, salute, abitazione, non per carità ma per diritto politico. Sta proprio in questa sostituzione della rete della beneficenza con la solidarietà istituzionalizzata il punto di svolta della condizione di suddito a quella di cittadino. Il Libro Bianco invece, ripropone la logica della beneficenza e di fatto un modello di welfare residuale in base al quale lo Stato si occupa solo ed esclusivamente degli ultimi, degli out, lasciando il resto dei cittadini a se stessi (E. Granaglia, P. Di Nicola, S. Toso, C. Gori, Ranci Ortigosa, in Prospettive Sociali e Sanitarie, 15 giugno 2009)¹⁴. La social card è un esempio illuminante a tal proposito. Attraverso la Carta acquisti¹⁵ (il cui costo è stato stimato in 450 milioni di euro) si fa sostanzialmente "la carità" ai cittadini con un buono di 40 euro mensili, contestualmente riducendo il Fondo Nazionale per le politiche sociali di ulteriori 271 milioni di euro, sottraendo così risorse al finanziamento della spesa sociale destinata ai Comuni (Mazzaferro, Toso 2009).

Paper presentato al convegno "Senza Welfare? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo" ESPAnet Italia, 2010, Università di Napoli "Federico II".

Mara Tagliabue: Research Manager, Macros

Research; mara.tagliabue@macroresearch.it; www.newwelfare.org www.macrosgroup.it.

Tiziana Tesauro: Ricercatrice IRPPS-CNR; www.irpps.cnr.it t.tesauro@irpps.cnr.it

1 L'ambito di attuazione per via legislativa del diritto all'assistenza sociale viene in pratica regionalizzato e spetta esclusivamente alle regioni la predisposizione di quelle strutture normative e organizzative indispensabili per l'erogazione delle prestazioni assistenziali. Di qui un conseguente ridimensionamento della portata della stessa legge 328/2000 dell'assistenza. Alla legge 328/00 dovrebbe riconoscersi una natura per così dire cedevole nel senso che essa continuerà ad applicarsi in quelle regioni che non provvederanno ad approvare nuove normative in materia di servizi socio-assistenziali, mentre nei casi in cui il legislatore regionale adotti una nuova disciplina dai contenuti diversi e comunque incompatibili, prevarrà l'applicazione di quest'ultima sulle disposizioni della legge 328/00 (Ferioli, 2004).

2 La commissione ha sottolineato come, sebbene il tasso di occupazione femminile sia in crescita in tutta Europa (56,3% nel 2005), rimane il fatto che la condizione delle donne resta più sfavorevole rispetto a quella degli uomini (COM 7 2007, 49). I tassi di occupazione delle donne dei paesi del mediterraneo oscillano (anno 2005) dal 45,3% dell'Italia al 61,7% del Portogallo (cfr. Ponzini 2008).

3 Lo studio prende in esame i quindici paesi che costituivano l'Unione fino al 2003, prima dell'entrata di dieci nuovi paesi avvenuta nel 2004. Nell'ambito di tale studio definiscono tre approcci di assistenza agli anziani non autosufficienti: il primo, tipico dei paesi del Nord Europa - Danimarca, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Irlanda - che si realizza nella presa in carico

della non autosufficienza attraverso una fitta rete di servizi territoriali sociali e sanitari, il secondo, proprio dei paesi dell'Europa centrale – Germania, Austria, Lussemburgo, Francia – che è mutualistico, ovvero si caratterizza per la creazione di un sistema di assicurazione specifico per la non autosufficienza, infine il terzo, che è appunto quello dei paesi mediterranei – Italia, Grecia, Spagna, Portogallo – dove lo sviluppo dei servizi territoriali è ancora residuale e centrale è invece nella cura degli anziani non autosufficienti l'assistenza informale di tipo familiare.

4 Secondo stime presentate dagli stessi autori le nazioni del nord Europa assistono a domicilio un alto numero di anziani (il 24,6% in Danimarca, il 15,7% in Norvegia, il 12% in Olanda) attraverso prestazioni integrate sociali e sanitarie, erogate ventiquattro ore su ventiquattro con l'ausilio di tecnologie telematiche; altri paesi come il Regno Unito, la Francia e la Germania assistono un discreto numero di anziani compreso tra il 3% e il 10%, attraverso la costruzione di mercati sociali, senza per altro essere riusciti a risolvere il nodo dell'integrazione sociale e sanitaria.

5 Attualmente in Italia, per l'accudimento del coniuge o altro parente anziano non autosufficiente, i dipendenti sia privati che pubblici possono accedere a un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni, non retribuito e senza il versamento dei contributi previdenziali; il posto di lavoro è comunque conservato (legge n° 53/2000 Art. 4, Comma 2).

6 Negli anni novanta è stato implementato il primo Programma Nazionale di Gerontologia (1992) centrato sulla non autosufficienza. In questo periodo sono migliorati i servizi esistenti e ne sono stati creati di nuovi come i Centri Diurni, Soggiorni temporanei in strutture residenziali e teleassistenza. Le Comunità Autonome hanno esercitato un notevole potere legislativo in relazione ai servizi sociali; ogni Comunità Autonoma ha implementato il proprio programma di Gerontologia e ogni Comunità ha avuto libertà d'azione per quanto riguarda la tipologie e la quantità dei servizi offerti. Alcune Comunità Autonome avevano approvato provvedimenti legislativi ad hoc per la non autosufficienza (la Cantabria nel 2001, la Comunità autonoma di Madrid e il Principato delle Asturies nel 2003).

7 Come del resto è sottolineato dal legislatore stesso all'Art. 3 (lettera b).

8 Sono pertanto titolari del diritto tutti i cittadini spagnoli in condizione di non autosufficienza che abbiano più di tre anni, Art. 5, comma 1 e 2, dato che per i minori di tre anni saranno predisposti specifici provvedimenti normativi Art. 5, comma 1b; i cittadini spagnoli non residenti in Spagna (comma 3) e i cittadini spagnoli emigrati e poi rientrati in Spagna (comma 4).

9 Non è specificato nella legge a quanto ammonti la prestazione monetaria.

10 Utenti di servizi sociali su una popolazione anziana pari a 7.276.620 nello stesso anno.

11 L'indice di copertura del servizio di Teleassistenza è passato dallo 0,12 al 2,05 dal 1995 al 2004.

12 L'indice di copertura dei Centri Diurni è passato dallo 0,11 del 1999 allo 0,27 del 2004.

13 Si fa riferimento alla definizione di Long-term care ripresa dal Network Non Autosufficienza 2009, pag. 18: Long-term care contempla quegli interventi (servizi alla persona o prestazioni monetarie) che l'ente pubblico contribuisce, almeno parzialmente, a finanziare e nei quali ha qualche forma di responsabilità per la definizione dell'utenza e/o degli standard di qualità. Nel caso dei servizi sovente la gestione è responsabilità di soggetti privati. Gli interventi a titolarità pubblica si intrecciano con il care delle reti informali e del mercato privato. Le politiche di long-term care vedono un intreccio di competenze tra Stato, Regioni, e Comuni. Nel quadro attuale l'indennità di accompagnamento e le agevolazioni fiscali sono responsabilità dello Stato, i servizi sociosanitari sono responsabilità delle Regioni e i servizi sociali dei Comuni (2009).

14 Gli stessi autori sostengono che il testo non presenta alcuna evidenza empirica e si colloca sul terreno puramente ideologico. Non viene prospettato un preciso quadro di interventi né si assumono impegni programmatici credibili. Si aderisce all'universalismo selettivo senza però dedicare, per esempio, alcuna considerazione all'Isee che ne è il principale strumento, non si fa cenno alcuno a cosa si intenda fare riguardo a povertà, sanità, non autosufficienza, e si insiste su centralità della famiglia e ruolo della comunità. Mancano in ultima analisi obiettivi operativi accompagnati da dati e ipotesi attuative.

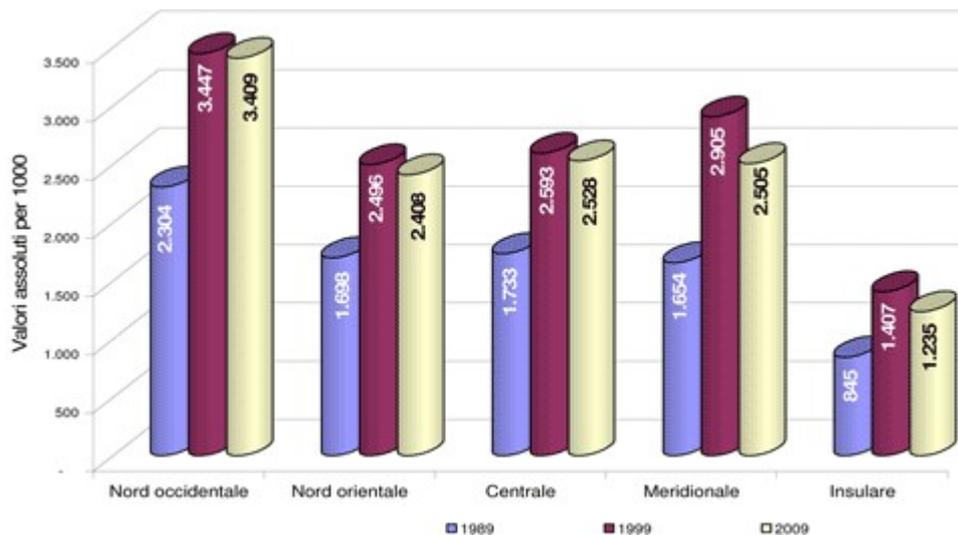
15 Il primo e più significativo intervento in tema di assistenza assunto nel 2008-2009 dal Governo è rappresentato dalla Carta acquisti (o social card) istituita con il d.l. n. 112/2008, convertito in legge il 6 agosto 2008 (l. n. 133/2008). La Carta acquisti è un buono spesa utilizzabile per acquistare prodotti alimentari e per il pagamento delle principali utenze energetiche.

2. Disuguaglianze in salute degli anziani tra Nord e Sud

2.1 L'invecchiamento della popolazione italiana

È noto che il nostro paese è interessato da un progressivo e crescente invecchiamento della popolazione. L'incremento della popolazione anziana è stato nel decennio 1989-1999 sostenuto, ha registrato poi un leggero decremento nel secondo decennio tra il 1999- 2009. Gli ultrasessantacinquenni ammontavano nel 2009 a 12.085.000 (Graf. 1).

Graf.1: Persone di 65 anni e più per anno e ripartizione geografica



Fonte: ISTAT – DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1989, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1999, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2009 – elaborazione dati Luca Pianelli

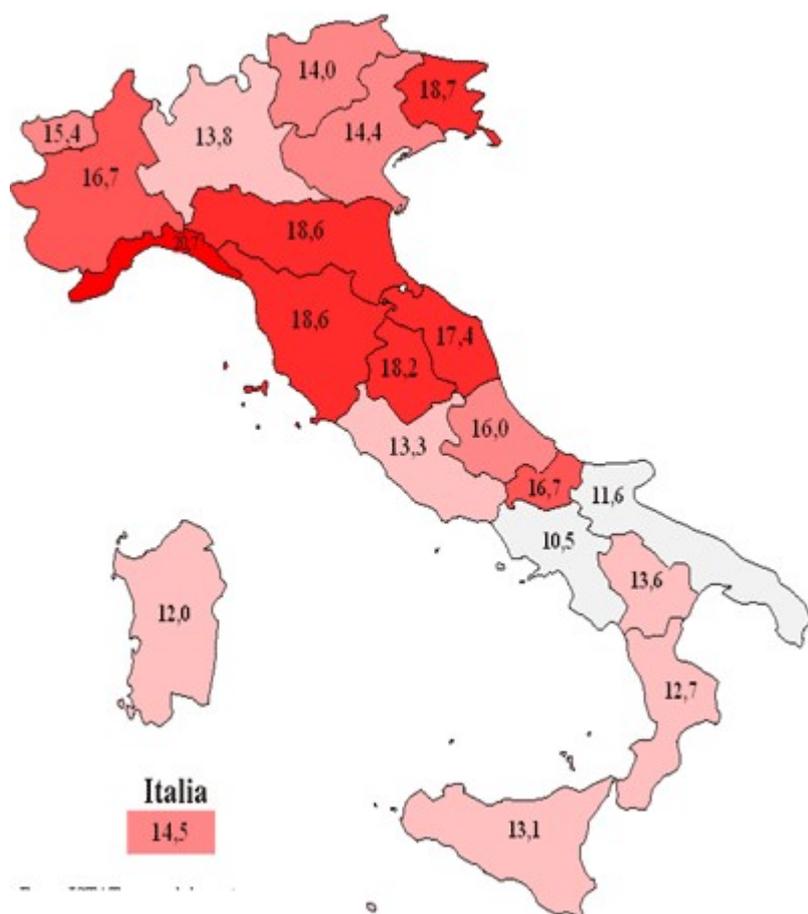
L'indice di invecchiamento (Fig.1,2)¹⁶ mostra quanto il nostro paese sia invecchiato. Nell'ultimo ventennio la percentuale di ultrasessantacinquenni è cresciuta di quasi 6 punti. Le figure restituiscono l'immagine di un paese nel quale ormai circa un quinto della popolazione è anziana. I dati presi attestano la velocità e l'intensità del fenomeno, ma ribadiscono anche la sua disomogeneità territoriale. Se consideriamo infatti la distribuzione percentuale degli anziani nelle varie aree del paese (Fig. 1 e 2) è evidente che il Centro-Nord era, ed è, l'area più vecchia, con valori molto alti in alcune regioni. Si veda la Liguria, il Friuli Venezia Giulia, la Toscana, l'Umbria. Particolarmente significativo è stato l'incremento degli ultraottantenni che nel 2009 ammontavano al 27,9% della popolazione anziana. Gli ultraottantenni sono cresciuti mediamente di 6,8 punti percentuali nel ventennio considerato (Fig 3 e 4). La tabella 6 riporta poi i valori dell'indice di vecchiaia per regione e anno. Come è noto tale indice descrive il peso della popolazione anziana sulla popolazione più giovane (0-14). Si evince dalla tabella che in quasi tutte le regioni italiane nel 2009 ha valori superiori a 100 (ad eccezione che in Campania), segno che il sorpasso degli anziani sui giovanissimi si è dunque compiuto. La tabella registra anche una "timida" inversione di tendenza nel Nord del paese. In quattro regioni settentrionali l'indice di vecchiaia inizia a decrescere. In Liguria decresce di 0,9 punti percentuali, in Friuli-Venezia Giulia di 1,2, in Toscana di 3, in Emilia-Romagna di 24,7. Come mostra la fig.5 l'indice decresce in tutte le province dell'Emilia Romagna ad eccezione della provincia di Rimini (dove resta invariato), in più della metà delle province toscane, in tre di quelle liguri (ad eccezione della provincia di Imperia), in tre province del Friuli-Venezia Giulia (tranne che in quella di Udine). È l'apporto dei flussi migratori. Nelle province settentrionali infatti dove si registra una consistente incidenza di famiglie di immigrati stabili, con il conseguente aumento di minori stranieri (Istat 2006f), il trend crescente dell'invecchiamento inizia a rallentare.

Tabella – 6 – *Indice di Vecchiaia per regione e anno*

Regione	Indice di Vecchiaia		
	1989	1999	2009
Piemonte	121,5	169,1	178,7
Valle d'Aosta	109,3	146,8	151,2
Lombardia	91,2	131,5	142,4
Liguria	182,2	237,0	236,1
Trentino Alto Adige	82,1	104,3	114,6
Veneto	92,9	132,6	139,2
Friuli-Venezia Giulia	145,6	188,6	187,4
Emilia-Romagna	149,2	197,5	172,8
Toscana	139,5	188,9	185,9
Umbria	124,2	179,7	181,7
Marche	114,6	162,6	169,9
Lazio	80,2	117,5	140,9
Abruzzo	91,5	134,9	162,4
Molise	93,0	135,8	171,7
Campania	45,4	68,2	94,9
Puglia	52,6	83,9	119,5
Basilicata	66,5	103,7	146,6
Calabria	57,6	89,6	128,7
Sardegna	59,8	99,8	150,9
Sicilia	61,2	86,3	118,5
<i>Nord Occidentale</i>	<i>108,0</i>	<i>151,4</i>	<i>160,2</i>
<i>Nord Orientale</i>	<i>116,0</i>	<i>156,8</i>	<i>153,4</i>
<i>Centro</i>	<i>104,0</i>	<i>147,8</i>	<i>161,0</i>
<i>Meridione</i>	<i>54,0</i>	<i>83,3</i>	<i>115,2</i>
<i>Isole</i>	<i>60,8</i>	<i>89,1</i>	<i>125,4</i>
<i>Italia</i>	<i>85,1</i>	<i>122,0</i>	<i>143,4</i>

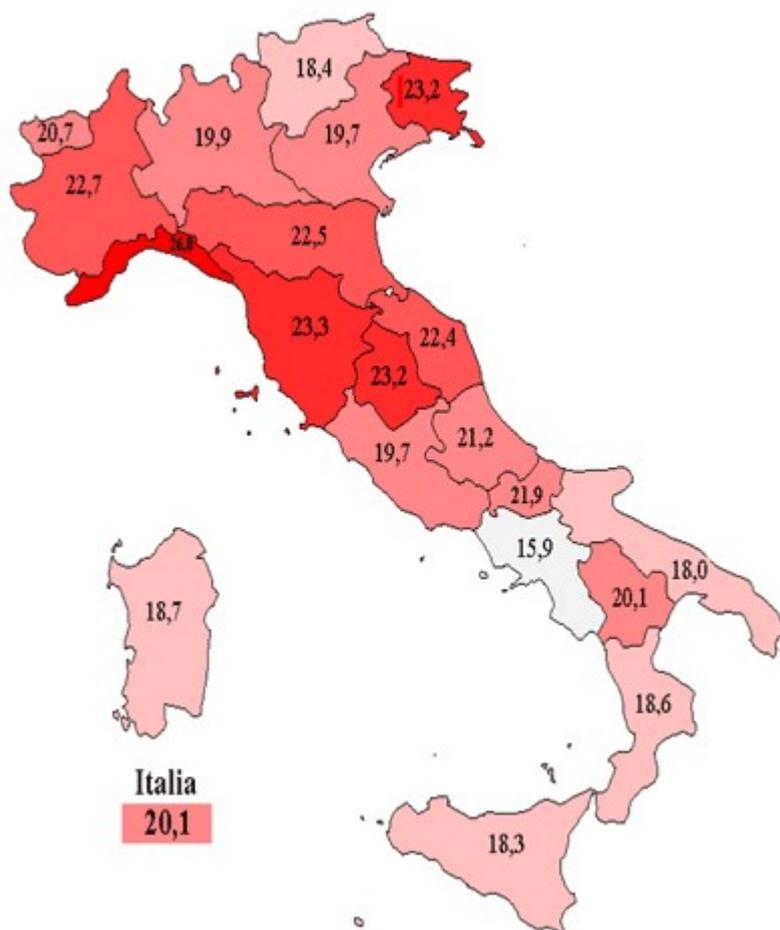
Fonte: ISTAT – DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1989, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 1999, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2009 – elaborazione dati Luca Pianelli

Fig.1 Italia – indice di invecchiamento 1989



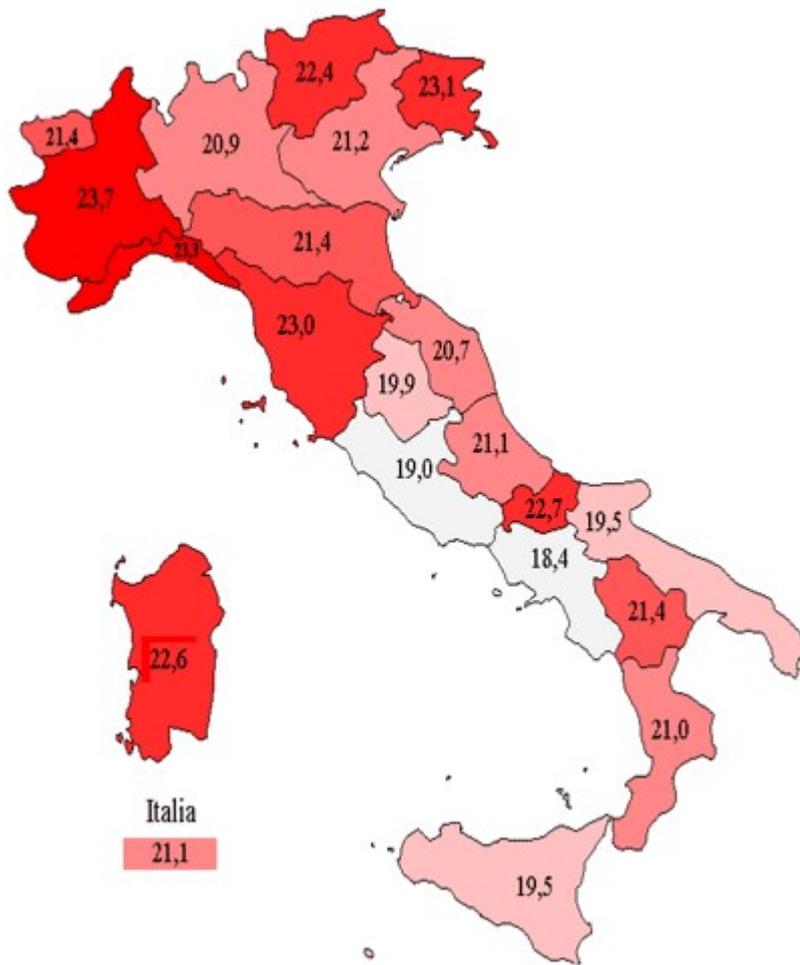
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 1989 elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.2 Italia - indice di invecchiamento 2009



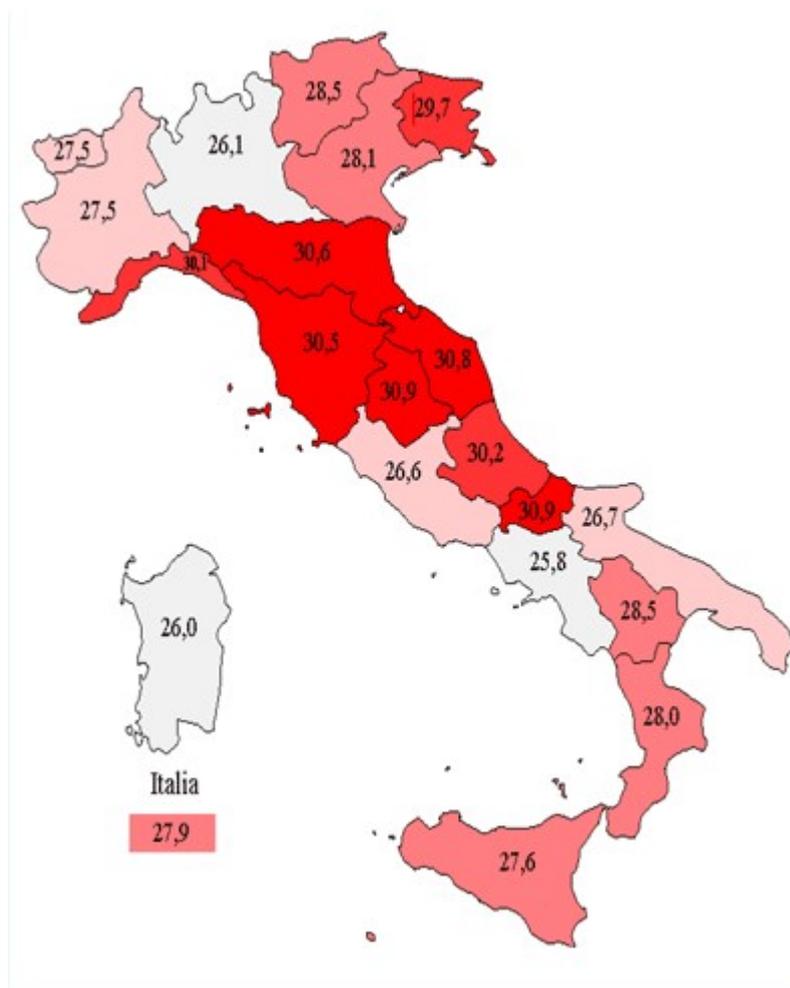
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1° Gennaio 2009 elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.3: Percentuale di popolazione di 80 anni e più sul totale della popolazione anziana per regione – anno 1989



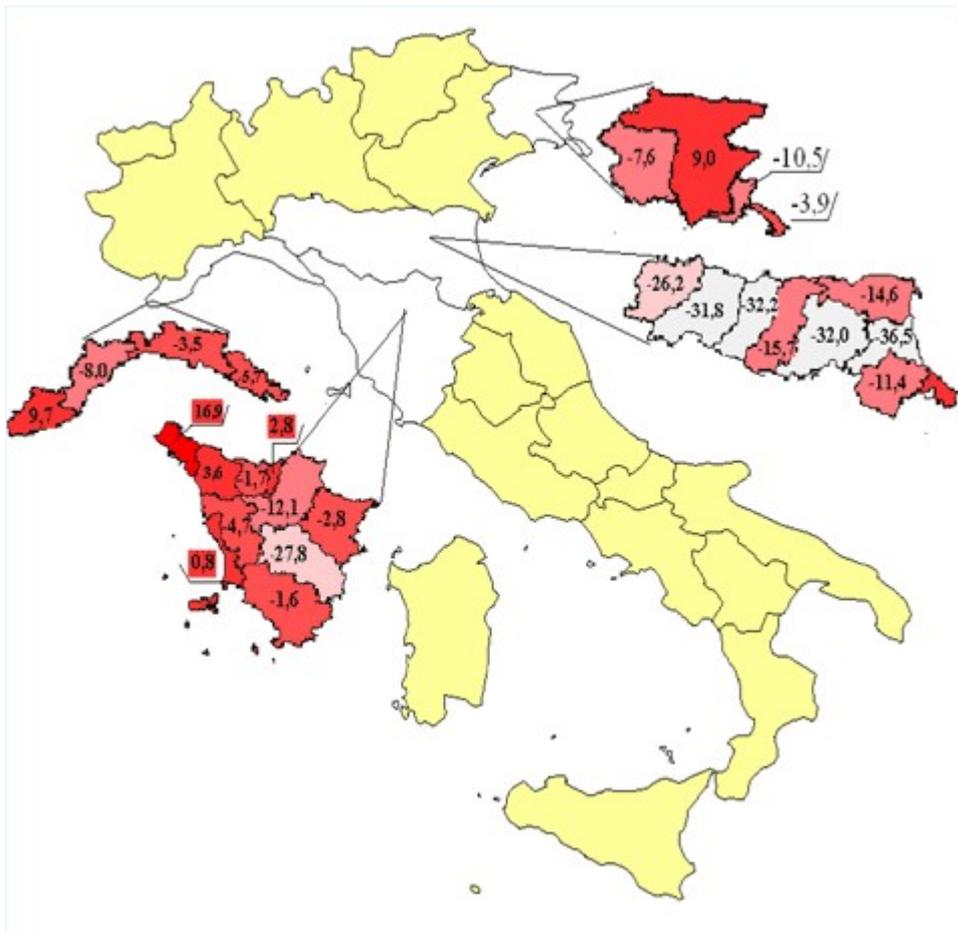
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1° Gennaio 1989 – elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.4: Percentuale di popolazione di 80 anni e più sul totale della popolazione anziana per regione – anno 2009



Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 2009 – elaborazione GIS Luca Pianelli

Fig.5: Italia – variazione % indice di Vecchiaia 1999 – 2009



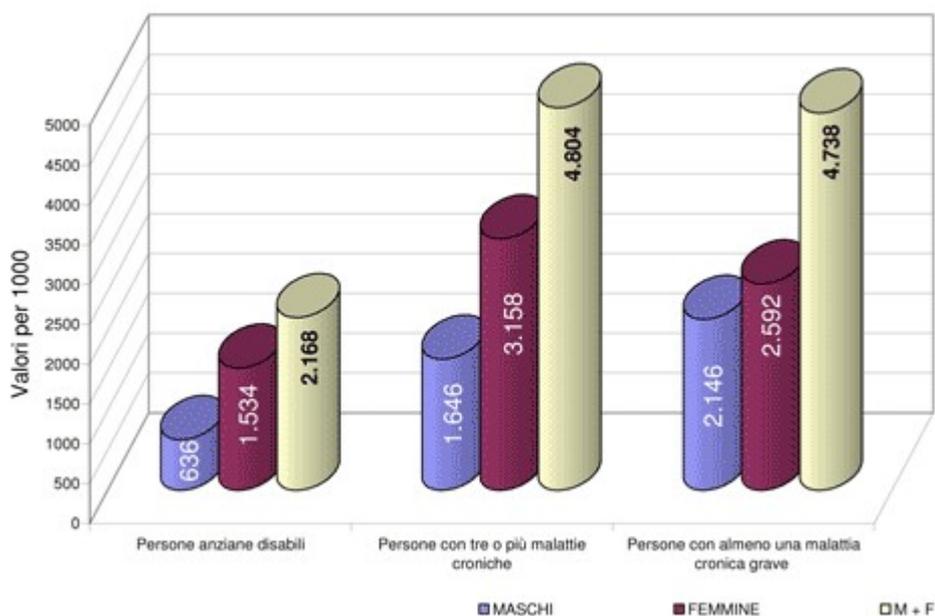
Fonte: ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 1999, ISTAT Popolazione residente al 1°Gennaio 2009 – elaborazione GIS Luca Pianelli

16 Si è scelto di rappresentare il grado di invecchiamento nelle regioni italiane con diverse tonalità di rosso. Le regioni dove il rosso è più deciso sono quelle dove l'invecchiamento è maggiore.

2.2 Il rischio non autosufficienza

I più recenti studi sulle disuguaglianze in salute (Padovani 2008) ribadiscono che il disagio sociale è la principale causa non biologica dei divari di salute esistenti nella popolazione. E tra le diverse dimensioni dello svantaggio sociale, quelle che hanno maggiore peso sul fattore salute sono quelle legate all'istruzione, alle risorse materiali ed economiche, al contesto di vita (il dove si vive influenza non poco la salute). In altri termini, come ribadiscono anche Geddes da Filicaia M. e Maciocco G. (2007), lo stato di salute è il prodotto di una molteplicità di variabili tra loro interdipendenti e agenti per tutto il corso della vita (variabili non solo individuali ma anche ambientali). Secondo la più recente indagine Multiscopo dell'Istat (2007)¹⁷ gli anziani non autosufficienti sono circa 2 milioni, e quelli affetti da malattie croniche e pluripatologie circa 4.800.000. (cfr. Graf. 2).

Graf. 2: Persone di 65 anni e più per disabilità e presenza di malattie croniche dichiarate e sesso Anno 2006



Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Elaborando i dati dell'indagine relativi a uno specifico indicatore di salute, quale l'incidenza della disabilità¹⁸, si è ottenuto che:

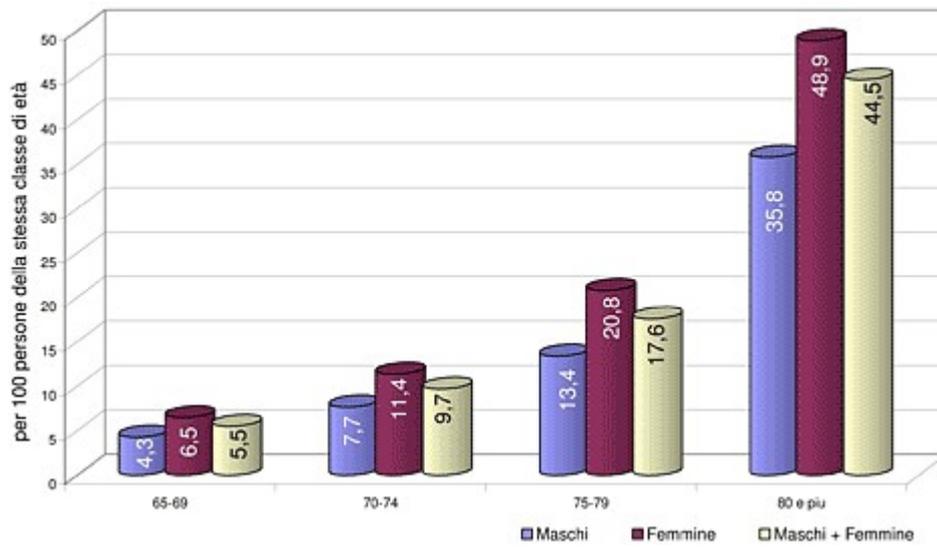
- con l'avanzare dell'età aumenta considerevolmente l'incidenza della disabilità¹⁹: dai 65 ai 69 anni è pari al 5,5%, dai 70-74 anni è il 9,7%, tra coloro che hanno dai 75 ai 79 anni è il 17,8%, sale al 44,5% per gli ultraottantenni (Graf. 3).

- Sussiste una relazione tra genere e disabilità, dal momento che le donne disabili sono in maggioranza rispetto agli uomini disabili. Sono disabili l'11,4% delle donne tra i 70-74 anni (contro il 7,7% dei coetanei uomini), il 20,8% delle donne tra i 75-79 anni (contro il 13,4% dei coetanei uomini), ben il 48,9% delle donne ultraottantenni contro il 35,8% degli uomini (Graf. 3).

- emerge una relazione tra livello di istruzione e disabilità. Si osserva infatti come siano più frequentemente le persone con un basso titolo di studio a presentare peggiori condizioni di salute. In tutte le fasce di età la quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male triplica o raddoppia tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare rispetto alle persone con titolo di studio più alto (laureati o diplomati): per esempio tra gli adulti di 45-64 anni, soffrono di una patologia cronica grave l'11,1% delle persone con laurea o diploma, mentre la quota raggiunge quasi il doppio (20,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza elementare; tra gli anziani di 65-74 anni si passa dal 28,4% al 36,5%²⁰.

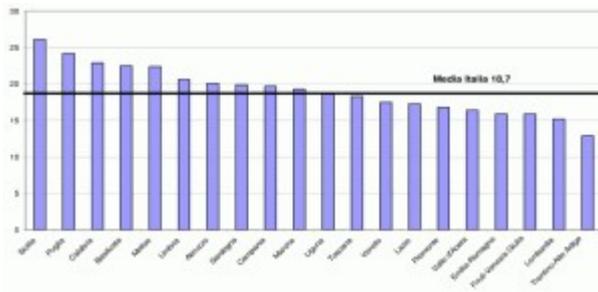
- Gli anziani disabili si distribuiscono in modo ineguale sul territorio nazionale. Costituiscono il 18,6% della popolazione, ma mentre gli anziani settentrionali sono disabili nel 16,2% (2 punti % in meno rispetto alla media), quelli meridionali lo sono nel 22,7% dei casi (4,5 punti % in più rispetto alla media) (cfr. Fig. 7). Le regioni con la più alta percentuale di disabili sono tutte regioni meridionali: la Sicilia (26,1%), la Puglia (24,2%) e la Calabria (22,9%); viceversa le regioni con la più bassa percentuale di anziani disabili sono Trentino-Alto Adige (12,9%), la Lombardia (15,2%), seguita dal Friuli-Venezia Giulia e Emilia Romagna (15,9%) (cfr. Graf. 4).

Graf. 3: Persone di 65 anni e più non autosufficienti per classe di età e sesso Anno 2005



Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

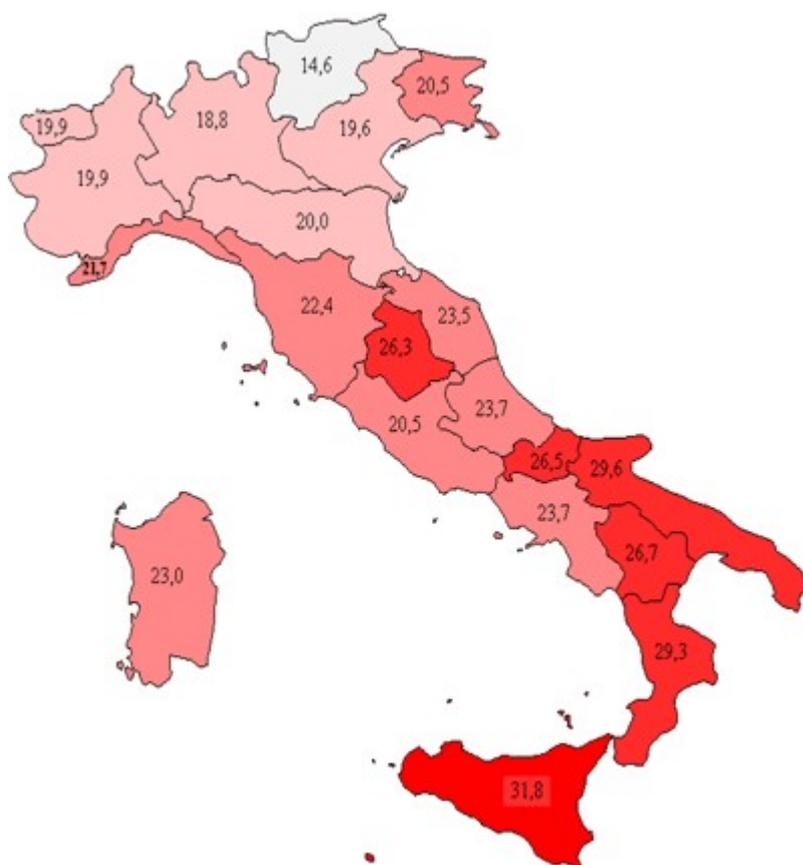
Graf. 4: Percentuale anziani disabili per regione Anno 2005



Clicca sulla miniatura
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

per ingrandire il grafico

Fig. 6: Italia – Percentuale donne anziane con disabilità sul totale delle donne anziane per regione – Anno 2005



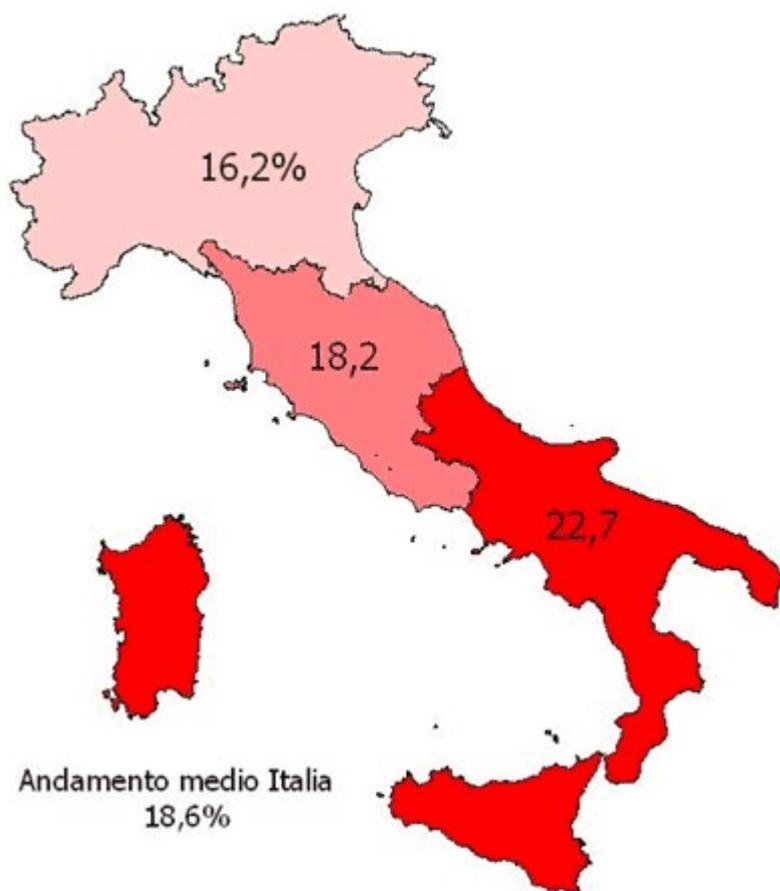
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Particolarmente alta l'incidenza poi della disabilità tra le donne anziane meridionali, come si rileva dalla Fig. 6, per un "effetto di cumulo" tra lo svantaggio di genere e quelli legati all'area geografica.

Il rischio non autosufficienza, tirando le somme, si distribuisce in modo ineguale tra la popolazione e si declina territorialmente. Territorialmente si declinano anche i guadagni in salute. L'Istat (2007) evidenzia che si è verificato un decremento del tasso di disabilità nella popolazione anziana tra il 1995 e il 2004. Ma, come si evince dalla Fig. 9, il calo dell'incidenza della disabilità ha riguardato in maniera più consistente gli anziani del Centro-Nord che non quelli del Sud.

Se si considera allora, in accordo con Padovani (2008), che il mancato guadagno in salute, misurato in un certo arco temporale, è un altro indicatore dello svantaggio sociale di una popolazione o di un gruppo di una data popolazione, si può senza dubbio concludere che lo svantaggio di salute degli anziani del Sud Italia ha origine nel carente sviluppo socio-economico di quest'area del paese.

Fig. 7: Italia – Percentuale di anziani disabili per ripartizione geografica – Anno 2005



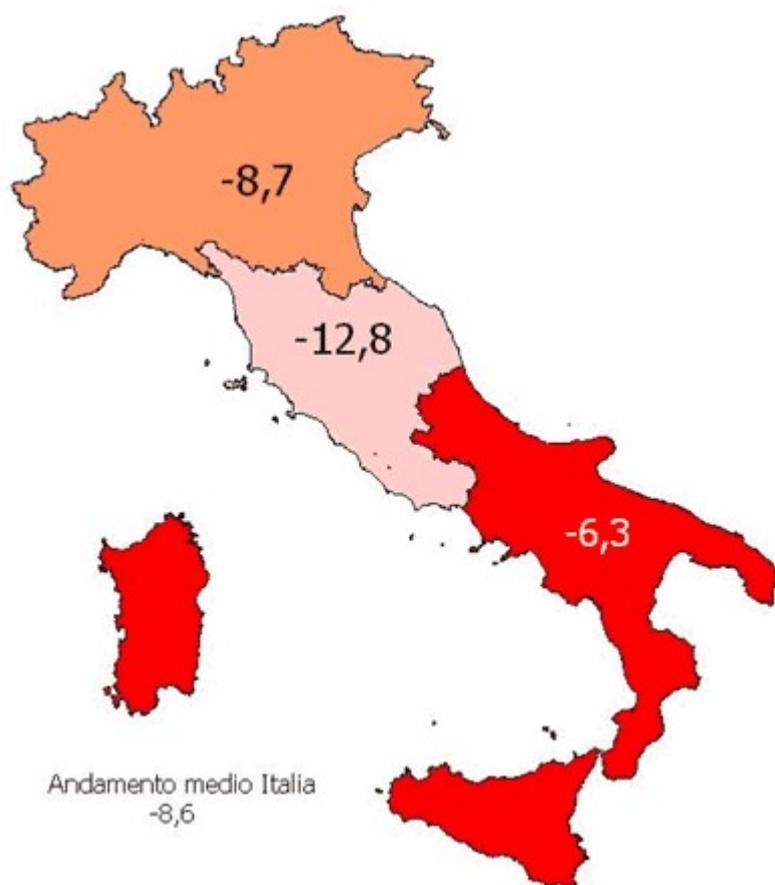
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

Nelle regioni meridionali le principali variabili che definiscono la situazione socioeconomica (livello d'istruzione, reddito medio, tasso di occupazione.....) hanno indici significativamente inferiori rispetto alla media nazionale. I dati Istat sulla povertà (2006g) sono particolarmente esplicativi e rivelano una situazione preoccupante per gli anziani nel Mezzogiorno. Come mostra il grafico 5 in questa'area del paese:

- il 28,2% delle famiglie con almeno un anziano è povero (a fronte, per la stessa tipologia familiare, dell'8 % nel Centro, e del 6,3% nel Nord);
- il 33,2% delle famiglie con due o più anziani è povero (a fronte, per la medesima tipologia familiare, del 9,2% nel Centro, e del 7,0% nel Nord);
- il 28,4% delle famiglie con a capo una persona di 65 anni è povero (a fronte, per la medesima tipologia familiare, dell' 8,2% al Centro, e del 6,2% al Nord).

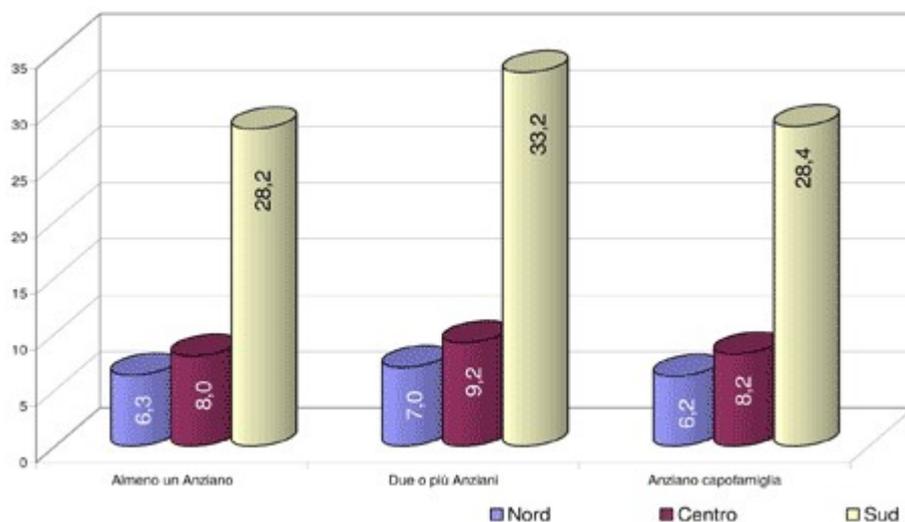
Tra gli svantaggi legati al territorio va poi senza dubbio considerata anche la qualità del sistema dei servizi. Basti per tutti un dato: nel Sud i posti letto nei presidi socio-assistenziali sono 3,1 per mille abitanti contro l'87,2 per mille nel Nord (Istat 2007).

Fig. 9: Variazione del tasso di disabilità della popolazione anziana tra il 1994 e il 2005 per ripartizione geografica



Fonte: Istat 1997 – Istat 2007. Nostra elaborazione

Graf. 5: incidenza di famiglie povere con anziani per ripartizione geografica – Anno 2005 Valori %



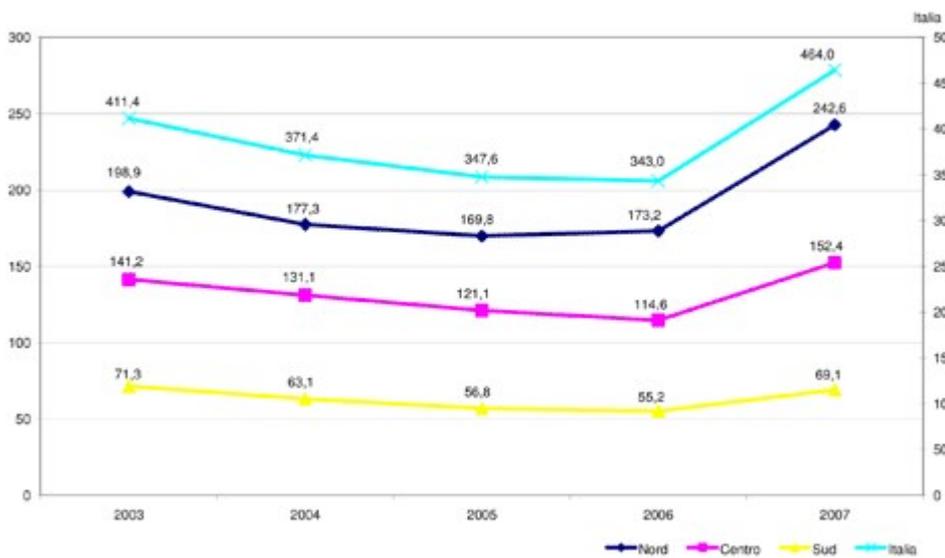
Fonte: Tesauro-Pianelli 2008 su dati Istat 2007

3. Cure domestiche: problemi aperti

Nonostante l'invecchiamento della popolazione e l'incidenza della non autosufficienza la cura, nel nostro paese, si è configurata "tradizionalmente" come una questione domestica di cui si fanno carico mogli e figlie e, soprattutto nell'ultimo decennio in maniera crescente, le cosiddette badanti. Secondo i dati Inps²¹ i lavoratori domestici stranieri²² regolari erano nel 2007 quasi mezzo milione. Il grafico 6 mostra l'andamento dei lavoratori domestici stranieri regolari negli ultimi anni, l'incremento tra il 2006 e il 2007,

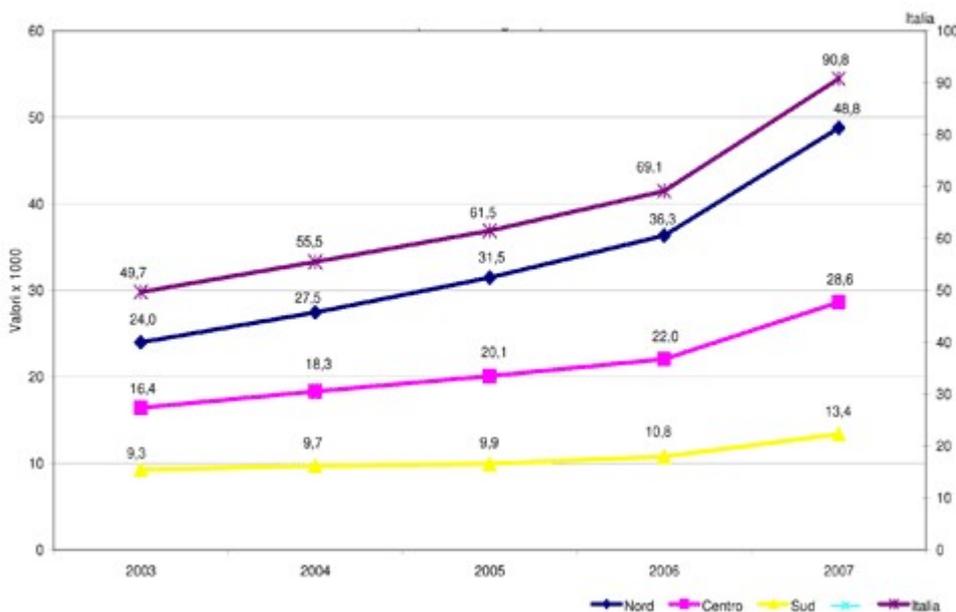
la minore diffusione al Sud. Nel grafico 8 si è calcolata l'incidenza dei lavoratori domestici stranieri regolari e si conferma la loro minor presenza nelle aree meridionali. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente nel Mezzogiorno è più alta la disabilità tra gli anziani e minori i guadagni in salute. La minor presenza dei lavoratori domestici non è quindi ascrivibile a una minore domanda sociale di cura, piuttosto, plausibilmente, alle difficoltà economiche delle famiglie meridionali. Al Sud i redditi, della popolazione in generale e degli anziani in particolare, sono mediamente più bassi che altrove (Istat 2006h): le famiglie in cui il principale percettore di reddito ha 65 anni e più hanno percepito un reddito medio pari a 16.911 euro all'anno; il 50% delle coppie anziane ha guadagnato in un anno meno di 16.179 euro, ovvero 1.348 euro mensili, e il 50% delle famiglie in cui è presente almeno un anziano ha guadagnato in un anno meno di 12.592 euro, ovvero 1.049 euro mensili; particolarmente svantaggiata la condizione degli anziani soli: il 50% di questi anziani ha guadagnato in un anno meno di 10.092 euro, ovvero 841 euro mensili. È evidente l'impossibilità di sostenere i costi di un'assistente familiare.

Graf. 6: Lavoratori domestici stranieri per ripartizione geografica e anno (Valori in migliaia)



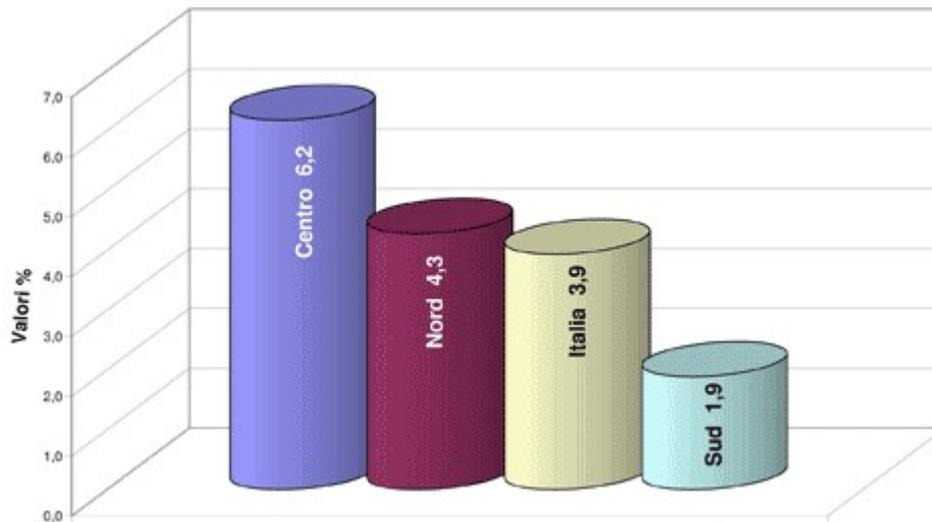
Fonte: INPS, Osservatorio lavoratori domestici – elaborazione Luca Pianelli

Graf. 7: Lavoratori domestici 51 – 65 anni e più per ripartizione geografica e anno (Valori in migliaia)



Fonte: INPS, Osservatorio lavoratori Domestici – elaborazione Luca Pianelli

Graf. 8 : Incidenza Lavoratori domestici su popolazione anziana italiana residente per ripartizione geografica – Anno 2007 (Valori %)



Fonte : ISTAT, DEMO ISTAT Popolazione Residente al 1° gennaio 2007 – INPS, Osservatorio Lavoratori Domestici 2007 – elaborazione dati Luca Pianelli

17 Le indagini Multiscopo Istat ci permettono di disporre dei dati relativi alla salute percepita. Tuttavia anche se attraverso questo indicatore non possiamo conoscere lo stato di salute oggettivo e i diversi livelli di dipendenza funzionale degli anziani, la salute percepita è considerata dalla letteratura internazionale come indicatore metodologicamente attendibile. 18 Consideriamo in questa sede l'incidenza della disabilità solo relativamente alla popolazione anziana, visti gli obiettivi del presente articolo.

19 La perdita dell'autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età: tra le persone da 6 a 44 anni è pari allo 0,9%, da 45 a 54 anni è pari all'1,3%, da 55 a 64 anni è pari al 2,5% (Istat 2007).

20 La relazione tra scolarità e stato di salute era stata messa in evidenza anche nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR dallo studio ILSA che aveva appunto rilevato una forte associazione tra livello di istruzione e disabilità fisica, ipotizzando tra l'altro che una maggiore gravità delle patologie prevalenti fosse imputabile a un ritardo diagnostico nella popolazione con minor livello di istruzione. Basti considerare a tal proposito che, come documenta l'Istat (2007) il ricorso a visite mediche per prevenzione è meno diffuso nella popolazione di status sociale basso: in tutte le classi di età le persone con al massimo la licenza elementare ricorrono in misura minore a visite di controllo di quanto non facciano le persone con laurea o diploma.

21 I dati ufficiali dell'Inps sui lavoratori del settore domestico non distinguono tra colf e assistenti familiari. Le badanti regolarmente assunte sono incluse nella categoria più ampia dei lavoratori domestici. Per la loro assunzione viene infatti utilizzato il contratto dei collaboratori domestici.

22 Secondo una recente stima (Pasquinelli, Rusmini 2008) nel nostro paese le assistenti familiari sono circa 774.000, di cui 700.000 straniere. La stima è stata ottenuta utilizzando diverse fonti ufficiali: Inps, Istat, Agenas, e un vasto insieme di segnalazioni informali.

3.1 Il costo della regolarità: dalla parte della famiglia

Un assistente familiare coresidente costa, contributi compresi, tra 1.000 e i 1.300 euro per tredici mensilità, a seconda del livello cui si colloca. Più spese di vitto e alloggio. Il totale si aggira intorno ai 1.500 euro mensili²³. La questione della regolarizzazione è strettamente legata a quella dei costi. Il costo di una completa regolarizzazione sarebbe elevato per il datore di lavoro e per le badanti stesse. Si consideri in proposito che dichiarando 25 ore di lavoro settimanali, il minimo, il costo in termini di contributi previdenziali ammonta a 1.008 euro di contributi annui a carico del datore di lavoro, 308 euro a carico del lavoratore. Per tanto non sorprende che esista una vasta area di "regolarità grigia". Sette donne su dieci si trovano infatti in una situazione di regolarità parziale in quanto le ore dichiarate sono inferiori a quelle effettive (Pasquinelli, Rusmini 2008). C'è poi da considerare che una sola badante, anche se coresidente, non potrebbe coprire tutto l'arco della giornata. Secondo il contratto collettivo nazionale di lavoro colf e badanti 2008, in vigore fino al 20-05-2010²⁴, la media totale delle ore lavorative settimanali è stabilita in 48 ore per i lavoratori conviventi. Il lavoratore convivente ha diritto ad un riposo di almeno 8 ore consecutive nell'arco della stessa giornata e a un riposo intermedio retribuito, nelle ore pomeridiane, normalmente non inferiore a 2 ore. Il riposo settimanale è di 36 ore: 24 ore preferibilmente la domenica, mentre le residue 12 ore possono essere godute in qualsiasi altro giorno della settimana. Se le famiglie italiane, ormai diventate datori di lavoro, dovessero applicare correttamente il CCNL allora ne discende che una sola badante non è sufficiente. Ce ne vorrebbero due, nel caso ce ne sia una coresidente, tre per assicurare la copertura nella 24 ore e la turnazione. Il costo di tale operazione è chiaramente insostenibile per la maggior parte delle famiglie italiane. Nella pratica le famiglie si arrangiano come possono.

3.2 Fragilità sociale di chi cura: dalla parte delle badanti

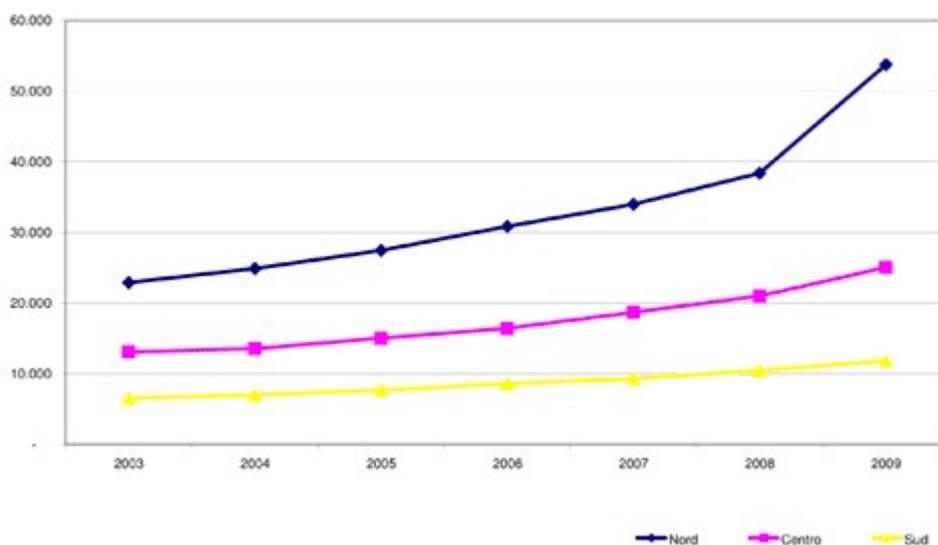
Le badanti si fanno carico del bisogno di cura di soggetti, spesso anziani ma non solo, che non sono autonomi, interessati da un processo degenerativo e involutivo con cui, chi si occupa di loro, deve "fare i conti" quotidianamente; un processo che determina la perdita delle funzioni e delle abilità del soggetto bisognoso di assistenza. Un processo, quello degenerativo e involutivo, che spesso è imprevedibile, e che soprattutto finisce per risucchiare le energie e risorse del soggetto curante. In tal senso le badanti dunque diventano portatrici di una nuova vulnerabilità sociale: quella di cura. È stato ampiamente dimostrato che quella del caregiver primario (familiare o badante che sia aggiungo) è una condizione potenzialmente vulnerante, in grado di fragilizzare gli individui. Il prendersi cura, soprattutto se a tempo pieno e in solitaria (come appunto accade per tante badanti) altera o piuttosto limita fortemente i funzionamenti e le capacità dei soggetti (Costa 2008). La ricerca psicologica ha approfondito l'analisi della correlazione tra lavoro svolto e conseguenze psico-fisiche su chi si accolla il lavoro di cura. Il caregiving comporta per la maggior parte dei caregivers una serie di conseguenze su molteplici livelli: salute fisica, benessere psicologico, funzionamento cognitivo. Diversi studi, pur mancando il supporto di analisi quantitative, hanno sostenuto che il caregiving rappresenta un fattore di rischio per la salute dei caregivers (Vitaliano, Zhang e Scanlan 2003). Altri hanno evidenziato che i caregivers sono più stressati, più depressi e hanno livelli più bassi sia di benessere soggettivo che di self-efficacy (Pinquart e Sörensen 2003). Altri hanno dimostrato che i caregivers sono esposti a molteplici fattori di stress che compromettono il funzionamento cognitivo (Caswell et al 2003). In generale a un peggioramento del soggetto non autosufficiente corrisponde un progressivo declino del caregiver. In sintesi anche se le ricerche hanno anche messo in luce una grande variabilità interindividuale tra stato funzionale del soggetto non autosufficiente e peggioramento dello stato psico-fisico del caregiver (De Beni 2009), rimane quella del caregiver una condizione potenzialmente vulnerante. Per questo motivo sarebbe auspicabile mettere a tema la possibile correlazione tra lavoro di cura, specificità delle mansioni svolte, condizioni di lavoro e insorgenza di alcune patologie. La badante svolge infatti una molteplicità di mansioni che vanno dalla cura delle persone alla gestione della casa e spesso assume le vesti di un familiare di riserva a cui viene chiesto di farsi carico in tutto e per tutto dell'anziano non autosufficiente. Non da ultimo il sostegno emotivo e affettivo dell'anziano. Alcune recenti ricerche mostrano la correlazione tra lavoro svolto e una sorta di "malessere da cura". Ad esempio Lazzarini, Santagati (2008) evidenziano che le badanti svolgono un lavoro 24 su 24, defaticante e usurante soprattutto dal punto di vista psicologico, che determina isolamento sociale, assenza di una vita privata, assottigliamento delle reti di relazione. È quindi ipotizzabile che le condizioni di lavoro delle badanti le esponano a rischi per la salute, dal momento che anche le reti sociali svolgono un'azione protettiva nei confronti della salute (Bulmer 1987). Tuttavia manca ancora l'evidenza del dato quantitativo e la possibilità di calcolare l'incidenza statistica tra condizioni di lavoro, isolamento sociale e insorgenza di eventuali patologie, evidenza statistica che sarebbe necessaria per parlare anche per le badanti di possibili malattie professionali.

4. Considerazioni di policy

I paragrafi precedenti hanno evidenziato gli aspetti salienti della risposta italiana alla non autosufficienza. La componente dell'assistenza continuativa relativa all'offerta dei servizi resta carente e disomogenea sul territorio nazionale, e evidenzia la prevalenza nel contesto italiano delle erogazioni monetarie pubbliche rispetto alle prestazioni in natura. E come sottolineano Mazzaferro, Toso (2009) gli interventi assunti in materia di assistenza dall'attuale governo rendono il comparto dell'assistenza ulteriormente frastagliato e sbilanciato a favore dei trasferimenti in moneta, distribuito in rivoli di spesa spesso trascurabili e poco incisivi, in assenza di un coerente disegno di riforma di medio-lungo periodo. Si assiste al consolidarsi di un crescente disallineamento tra domanda di protezione e adeguatezza delle misure di aiuto che riflettono una quasi totale mancanza di coordinamento tra gli interventi che vengono implementati rispettivamente a livello nazionale (trasferimenti monetari quali l'indennità di accompagnamento), regionale (i servizi integrati socio-sanitari) e locale (servizi sociali) (Kazepov 2009). Manca una visione unitaria del problema, manca, o ancora non è sufficientemente condivisa socialmente, la consapevolezza che la non autosufficienza sia un nuovo rischio sociale e non uno sfortunato accidente che interessa solo la vita di alcuni. Manca la capacità istituzionale di produrre una sostanziale politica di sostegno alla non autosufficienza. Stenta altresì a consolidarsi un dibattito attento alla dimensione territoriale della non autosufficienza. Invecchiare al Sud, come si è visto, non è la stessa cosa che invecchiare al Nord. Il divario dei tassi di disabilità, l'incidenza minore dei guadagni in salute nel Mezzogiorno, la distribuzione geografica della povertà, sono tutti indicatori che forniscono una fotografia d'insieme dello svantaggio sociale degli anziani meridionali. In questo senso gli anziani nel Sud del paese impattano con una serie di vincoli che condizionano il loro benessere, in primis la carenza dell'offerta di servizi assistenziali e sanitari in questa area del paese. Il welfare meridionale non solo è fragile ma è anche rispetto a quello settentrionale maggiormente sbilanciato verso la monetizzazione delle prestazioni (Network Non Autosufficienza 2009). Se prendiamo in esame i tassi di fruizione dell'indennità di accompagnamento si rileva come essi siano più alti al Sud rispetto al Nord. La cura rimane un fatto familiare, privato, e per lo più declinato (ancora una volta) al femminile come vuole la buona tradizione italiana! in una sorta di welfare fai da te. Non a caso mentre la legge del 15-07-09, n. 94 introduceva il reato di immigrazione

clandestina²⁵, la legge 102 del 3 agosto 2009, art. 1-ter, aggiustava il tiro proprio sulle badanti, prevedendo la possibilità che potesse essere regolarizzata la posizione dei cittadini extracomunitari privi di titolo di soggiorno (la procedura di emersione dal lavoro irregolare consiste nel pagamento di un contributo di 500 euro da parte del datore di lavoro²⁶ per ciascun lavoratore). Di fatto il nostro sistema di cura si potrebbe descrivere parafrasando il concetto di capitalismo parassitario di Bauman (2009). Ovvero la pratica del care domestico sopravvive come un parassita nutrendosi di risorse umane disponibili allo sfruttamento, drenando risorse umane, relazionali e affettive dai paesi più poveri. Ma fino a quando questa soluzione "made in Italy" sarà sostenibile? È prevedibile che l'attuale assetto non potrà rimanere invariato nel medio-lungo periodo. In primo luogo per prevedibile contrazione delle risorse finanziarie delle famiglie. Secondo l'archivio storico della Banca d'Italia infatti nell'ultimo trentennio si è verificato un cambiamento strutturale di grande importanza nelle caratteristiche della povertà: tra gli anziani l'incidenza è scesa dal 25% (negli anni settanta) a circa il 14% agli inizi del nuovo secolo (Brandini, Osservatorio Italiano pag.714). E nell'ultimo decennio l'incidenza della povertà è diminuita ulteriormente²⁷ in tutte le tipologie di famiglie con anziani (Commissione d'indagine sull'esclusione sociale 2002, Istat 2004, Istat 2006, Istat 2009). I pensionati italiani che appartengono alle coorti che hanno avuto la possibilità di accedere in larga parte al mercato del lavoro regolare e a pensioni generose (data la normativa previdenziale in essere fino alla metà degli anni novanta)²⁸ sono sempre meno poveri. Diversa la condizione, probabilmente, di tanti giovani che saranno gli anziani di domani. Precarietà e flessibilità lavorativa comporteranno pensioni sempre meno cospicue. In secondo luogo perché i processi di stabilizzazione della popolazione immigrata fanno sì che le badanti siano sempre meno disponibili alla co-residenza e più propense invece al lavoro a ore. Terzo perché cresce la percentuale di assistenti familiari anziane (Graf. 7) e, contestualmente, aumentano anziani immigrati (Graf. 9). Erano 42.541 nel 2003. Nel 2009 quasi raddoppiano arrivando a 83.414. È prevedibile dunque una crescente domanda sociale di cura da parte della popolazione anziana immigrata e una minore disponibilità di risorse umane per la cura "dei nostri anziani".

Graf. 9: Popolazione anziana straniera per ripartizione geografica e anno Valori Assoluti



Fonte: ISTAT DEMO ISTAT Popolazione straniera residente al 1° gennaio 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 – elaborazione dati Luca Pianelli

5. Cosa possiamo aspettarci per il futuro?

Riteniamo si possa ipotizzare la crescita di domande di ricovero in strutture pubbliche e, contestualmente, l'incremento di domanda di politiche di cohousing. Il 9 maggio 2010 si è conclusa la prima Conferenza internazionale sul cohousing organizzata a Stoccolma dal Royal institute of technology. I lavori della Conferenza hanno evidenziato come l'abitare solidale sta emergendo come modello abitativo e culturale, in risposta alle problematiche odierne. Dal Giappone al Canada cresce la ricerca di una diversa forma dell'abitare attenta alla socialità e alla collaborazione reciproca, come possibile forma di risparmio, attraverso la condivisione di spazi e risorse. A fronte di un incremento di tali esperienze e di una domanda in tal senso, la conferenza ha evidenziato che il principale ostacolo alla diffusione del cohousing è la diffidenza delle istituzioni: fondamentale diventa la sensibilizzazione delle autorità locali in merito. (rete.ecoabitare.org/elgg). Politiche di cohousing, in realtà, possono configurarsi non solo come politiche di sostegno alla domiciliarità dei soggetti non autosufficienti, ma anche come strategie di prevenzione contro il rischio non autosufficienza. Tali politiche possono essere infatti una risposta all'assottigliamento delle reti relazionali degli anziani. Un esempio in tal senso il progetto "zia Gessi", nato

a Torino, dove gli alloggi popolari sono stati destinati a un certo numero di madri separate con figli a un numero corrispondente di anziani disposti a fare i nonni quando le madri lavorano. Si è venuti incontro così ai bisogni di madri separate e alla necessità di questi anziani di mettere a disposizione il proprio tempo (www.comune.torino.it). I continui progressi dell'informatica, delle microtecnologie hanno introdotto nuovi strumenti che hanno completamente cambiato il nostro modo di vivere e l'ambiente in cui viviamo. Per esempio per quanto riguarda gli anziani la domotica è un settore alquanto impegnato a trovare soluzioni e tecnologie che riguardano le abitazioni degli anziani, affinché possano condurre una vita il più possibile autonoma. Uno dei principali obiettivi della ricerca geriatrica è di trovare strumenti e condizioni che permettano all'anziano di essere autosufficienti il più a lungo possibile. La possibilità di vivere autonomamente nella propria casa è una condizione vitale per l'anziano, infatti diversi studi ed esperienze effettuate soprattutto nei paesi Scandinavi hanno dimostrato che la domiciliarità dell'anziano influenza positivamente la sua salute e inoltre riduce gli alti costi a carico degli ospedali e delle strutture assistenziali. Ma che cosa è la domotica? La parola domotica è un neologismo derivato dal francese "domotique", a sua volta contrazione della parola latina "domus" e di "informatique". L'etimologia della parola è anche data dalla congiunzione di due parole greche: "domos", che significa casa e dalla parola "titemi", che significa disporre/ordinare. Domotica significa quindi "disporre la casa". Possiamo concludere che è la disciplina che si occupa delle applicazioni dell'informatica e dell'elettronica all'interno dell'ambiente di casa. Se l'invecchiamento non è necessariamente sinonimo di malattia o disabilità è comunque vero che pone dei problemi nuovi per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria. Ed è proprio qui che si rivela utile la domotica: l'uso di sistemi integrati di una casa intelligente può dare all'anziano o al disabile un alto livello di sicurezza e controllo dell'ambiente abitativo, migliorando significativamente la qualità della vita. Per fare un esempio la domotica può trasformare un bagno comune in un "bagno con sistema di gestione della salute integrato". Per esempio in futuro sarà sufficiente appoggiare una mano a una parete affinché venga eseguita un'analisi completa del sangue attraverso una misurazione spettrometrica non invasiva, basterà utilizzare uno spazzolino da denti per fare le analisi della saliva. Attualmente le applicazioni della domotica nella casa possono riguardare l'automazione della:

- Sicurezza dell'abitazione
- Antintrusione, antiallagamento, antifumo, allarme gas.
- Sicurezza della persona
- Allarme per emergenze dovute a malore, caduta, ...
- Gestione di alcune funzioni (Elettrodomestici, comando porte, finestre, serramenti esterni, tende, impianti audio e video)
- Gestione dell'abitazione (Controllo temperatura e umidità degli ambienti, inaffiamento del giardino o balcone)
- Gestione dell'edificio (Riscaldamento e condizionamento centralizzati)

La domotica può essere un mezzo di supporto per l'autonomia degli anziani e disabili:

- Comandi vocali, comandi apertura porte, uso elettrodomestici tramite telecomandi o sistemi di facilitazione...
- Monitoraggio delle abitudini di vita quotidiana

Controllo di alcuni parametri per verificare insorgenza di situazioni di pericolo o di deterioramento delle condizioni di salute, per esempio: pressione, glicemia, ritmo cardiaco...

Monitoraggio per persone con problemi di disorientamento.

- Dispositivi di aiuto alla memoria (Per ricordare di prendere determinati farmaci o di svolgere determinate attività,..)

L'obiettivo del servizio di teleassistenza è permettere all'anziano di vivere a casa propria in un ambiente sicuro e protetto con un'assistenza quotidiana e per tutta l'anno. La struttura organizzativa per i servizi di teleassistenza domiciliare si basa fondamentalmente su due centri principali: il centro operativo e l'organizzazione e-health (Pangher, 2006). Il centro operativo è un call centre dove gli operatori offrono una serie di servizi e seguono gli anziani a casa. Ad esempio i servizi di base sono la tele-emergenza: l'anziano porta sempre con sé un microfono e un pulsante che in caso di bisogno contatta il centro operativo. Il telecontrollo con i suoi operatori chiama periodicamente la persona per verificare le condizioni generali e controllare se ci sono dei problemi per assistenza sociale o sanitaria. Il pulsante di emergenza può inoltre essere integrato con altri sensori ambientali, che individuano situazioni di allarme, come una caduta, sensori per il gas o presenza elevata di monossido di carbonio in casa. Altri servizi di teleassistenza sono l'assistenza terapeutica (controllo che la persona segua la terapia prescritta dal medico) assistenza dietetica, assistenza dei servizi sociali (domiciliarità dei pasti caldi, visite di assistenti sociali) e assistenza per malattie croniche. Tutti questi servizi vengono raccolti telematicamente e questo processo è la cosiddetta soluzione e-health, che permette di disporre la storia clinica dei dati del paziente a disposizione di tutti gli operatori. Negli Stati Uniti la Telemedicina ha ridotto i ricoveri ospedalieri del 63%, il ricovero in istituti geriatrici è diminuito del 64% e le visite al pronto soccorso sono diminuite del 40% (Meyer, Ryan, Kobb, Roswell, 2003). A questo punto ci si chiede per quale ragione questi servizi di

teleassistenza non si sviluppano. Il punto centrale è che i fondi economici per gli investimenti tecnologici vengono fondamentalmente indirizzati agli ospedali e nello stesso tempo c'è una forte pressione per controllare se non tagliare i costi sanitari e alla fine il carico dell'assistenza degli anziani pende elusivamente sulla famiglia. Le autorità pubbliche dovrebbero affrontare con realismo la questione dell'invecchiamento della popolazione, facendo una stima dei costi reali dei bisogni di questa fascia della popolazione. Tale analisi di costi dovrebbe essere una base di partenza per realizzare il piano di assistenza sociale e sanitaria degli anziani da gestire tra il settore pubblico e privato.

23 Complessivamente le famiglie italiane sostengono una spesa pari a 9 miliardi 352 milioni di euro per retribuire il lavoro regolare o meno delle badanti (Pasquinelli, Rusmini 2008), una cifra vicina a quanto lo stato spende per l'indennità di accompagnamento.

24 Il contratto ammette la contrattazione di secondo livello in sede territoriale.

25 Si tratta di una contravvenzione per la quale è prevista esclusivamente la sanzione pecuniaria da un minimo di 5.000,00 euro a un massimo di 10.000,00 euro.

26 Possono presentare la dichiarazione di emersione i datori di lavoro cittadini italiani, cittadini di un paese membro dell'Unione Europea Residenti in Italia, cittadini extracomunitari in possesso di titolo di soggiorno CE, familiari extracomunitari di cittadino comunitario che siano in possesso di carta di soggiorno.

27 Cresce invece l'incidenza della povertà nel decennio 1997-2007 per le famiglie più ampie e ancor più nelle famiglie con minori: in quelle con 3 o più figli minori si è passati dal 25,8% nel 1997 al 27,2 nel 2008, dati Istat.

28 Prima della riforma Dini la pensione veniva calcolata sulla base dello stipendio percepito negli ultimi anni ed era circa l'80% della retribuzione.

Riferimenti bibliografici

Anttonen A., Sipilä J., 2001, "I modelli di servizi sociali in Europa", in Gori C. (a cura di) I servizi sociali in Europa, Carocci, Roma.

Bauman Z., 2009, "Capitalismo parassitario", Laterza, Roma-Bari.

Bimbi, F., Bosi, P., Ferrera, M., Saraceno, C. 1997, "La spesa per l'assistenza", Documento di base n.3, Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, Roma.

Comunicazione della Commissione, Libro Verde, "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici", a cura della Commissione delle Comunità Europee (COM. 16.3.2005, 94).

Comunicazione della Commissione, "Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in una opportunità", COM 12.10.2006, 571.

Comunicazione della Commissione, « Viabilité à long terme des finances publiques dans l'UE », COM 12.10.2006, 574.

Comunicazione della Commissione, "Integrated Guidelines for growth and jobs", a cura della Commissione delle Comunità Europee, COM. 12 aprile 2005, 141.

Commissione d'indagine sull'esclusione sociale a cura di Saraceno C. 2002 "Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione 1997-2001", Carocci, Roma.

CNR - "Progetto Finalizzato Invecchiamento" (1997), ILSA - Studio longitudinale sull'invecchiamento, Resource Data Book.

Caswell et.al 2003, "Negative associations of chronic stress and cognitive performance in older adult spouse caregivers, in "Experimental Aging Research " 29, n°3.

De Beni R. 2009 (a cura di) "Psicologia dell'Invecchiamento", il Mulino, Bologna.

Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città, Legge 8 marzo 2000, n. 53, dal sito www.aigr.it/legge-08.03.00.html

Geddes da Filicaia M., Maciocco G., 2007 "Disuguaglianze nella salute in Europa", in Prospettive Sociali e Sanitarie, Anno XXXVII n. 7.

Istat 1997, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", Indagine Multiscopo sulle famiglie, Anno 1994.

Istat, 2001, "Le condizioni di salute della popolazione", Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 1999-2000.

Istat, 2006a, "Popolazione residente sesso età stato civile", anni 2002-2005.

Istat, 2006b "Ricostruzione della popolazione residente" anni 1992-2001.

Istat, 2006c "Strutture familiari e opinioni su famiglia e figli", Indagine multiscopo sulle famiglie "Famiglia e soggetti sociali" Anno 2003.

Istat, 2006e, "Reddito e condizioni economiche in Italia"(2004-2005) Statistiche in breve.

Istat, 2006f, "La popolazione straniera residente in Italia", Statistiche in breve.

Istat, 2006g, "La povertà relativa in Italia nel 2005", Statistiche in breve.

Istat, 2006h, "Reddito e condizioni economiche in Italia", (2004-2005), Statistiche in breve.

Istat, 2007, "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Indagine Multiscopo sulle famiglie Anno 2005.

Istat, 2007, L'uso del tempo, Indagine multiscopo sulle famiglie, anni 2002- 2003.

Istat, 2009, La disabilità in Italia.

Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, dal sito www.mtas.es

Libro Blanco De Dependencia, dal sito www.mtas.es

Naldini M., 2006, "Le politiche sociali in Europa, Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy", Carocci, Roma.

Network Non Autosufficienza (a cura di) 2009, "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Rapporto 2009, Maggioli Editore.

Padovani G. 2008, Il diritto negato. La salute e le cure sono eguali per tutti?, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Pangher N. 2006, Invecchiare a casa: il supporto delle tecnologie, in Quaderni Europei sul Nuovo Welfare n. 5.

Pasquinelli S., Rusmini G. 2008, Badanti: la nuova generazione, caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura, in Qualificare, IRS, 2008.

Pesaresi F., Gori C. 2005, "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa", in Facchini C. (a cura di) Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa. Rapporto 2005 Spi Cgil – Cadef, Franco Angeli, Milano.

Ponzini 2008, "Il sistema di welfare nei paesi mediterranei", in Rapporto IRPPS-CNR sullo Stato Sociale in Italia 2007-2008, Donzelli, Roma.

Pugliese E. (a cura di) 2005-2006, Rapporto Irpps-Cnr sullo stato sociale in Italia, Donzelli, Roma.

Tesauro, Pianelli 2007, "Gli anziani", in Pugliese (a cura di) La domanda di servizi sociali, rapporto per il Ministero del welfare (non pubblicato), pagg. 83-105.

Tagliabue M.; Paulli A. 2008, "The Future of Pensions and Healthcare in a Rapidly Ageing World – Scenarios to 2030" World Economic Forum, Rome

Tagliabue M.; Paulli A. 2000, "Long Term Care in Italy; Economic Evaluation and Prospects" in the conference "Social Security in the Global Village" ISSA, 2000, Helsinki.

Vitaliano, Zhang e Scanlan 2003, "Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis" in "Psychological Bulletin", 129, n°6.

Sitografia

www.qualificare.info

rete.ecoabitare.org/elgg

www.comune.torino.it

Le differenze regionali nella Governance della spesa sanitaria – La Sanità alla sfida del Federalismo

di **Fabio Pammolli e Nicola C. Salerno** | 25 Settembre 2011 | In: **Quaderno n.16 / 2011**

Competitività
Regole
Mercati

CERM



WORKING PAPER n. 2 | 2011

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

LE DIFFERENZE REGIONALI NELLA GOVERNANCE DELLA SPESA SANITARIA

La Sanità alla sfida del Federalismo

Il modello SaniRegio di CeRM



Ambrogio Lorenzetti
affresco "Effetti del Buon Governo in Città" (1338-1339)
Sala della Pace, Palazzo Pubblico, Siena

«Questa santa virtù, là dove regge,
induce ad unità li animi molti,
e questi, a cciò ricolti,
un ben comun per lor signor si fanno,
lo qual, per governar suo stato, elegge
di non tener giamma' gli ochi rivolti
da lo splendor de' volti
de le virtù che 'ntorno a llui si stanno.
Per questo con trionfo a llui si danno
censi, tributi e signorie di terre,
per questo senza guerre
seguita poi ogni civile effetto,
utile, necessario e diletto »

- una delle iscrizioni che corrono sotto l'affresco -

Sommario esecutivo

Saniregio2 presenta, con dati aggiornati e alcune innovazioni di rilievo nella struttura e nella interpretazione, il modello econometrico *panel* con cui CeRM confronta il grado di efficienza di spesa e di qualità dei sistemi sanitari delle Regioni italiane.

Nel complesso, emergono quattro considerazioni in chiave di *policy*, desumibili dal confronto dei risultati di *SaniRegio2* sia con quelli di *SaniRegio1* che con quelli del *benchmarking* tra Regioni sulla base dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età (l'altro approccio sviluppato da CeRM accanto alla modellizzazione econometrica):

1. I profondi *gap* di efficienza e di qualità tra Regioni hanno natura strutturale e trovano conferma impiegando metodologie di analisi diverse. Il Mezzogiorno è staccato dal resto d'Italia di ordini di grandezza che dimostrano l'urgenza delle riforme. Sono cinque le Regioni per le quali il *gap* di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. Per raggiungere il *benchmark*, la Campania dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%. La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%. La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio: verso quale qualità si spostano le persone in ingresso?). Tradotti in valori assoluti e aggregati, i *gap* di spesa originano ordini di grandezza che colpiscono ancora di più. Dopo aver colmato il *gap* di qualità, la Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di Euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolosità della Regione rispetto alle altre quattro. Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi/anno, più del 77% delle risorse, oltre 12 miliardi equivalenti a circa lo 0,8% del Pil, che si libererebbero a livello Paese se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente e condividessero le stesse *performance* dell'Umbria, la Regione che si qualifica come *benchmark*. Non si devono tacere, tuttavia, anche i casi di Regioni a statuto speciali di dimensioni medio-piccole, la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, che, anche se a livello macroeconomico mostrano scostamenti contenuti dallo *standard*, in termini percentuali sono inequivocabilmente inefficienti nella spesa;

Regioni	Euro/000	spesa LEA - 2009		
		effettiva	standardizzata	delta %
Campania	10.476.600	7.008.845	-33,10%	3.467.755
Sicilia	8.718.556	6.617.384	-24,10%	2.101.172
Puglia	7.362.098	5.602.557	-23,90%	1.759.541
Molise	647.486	548.421	-15,30%	99.065
Calabria	3.728.862	3.165.804	-15,10%	563.058
Basilicata	1.078.244	933.759	-13,40%	144.485
Valle d'Aosta	284.311	247.919	-12,80%	36.392
Lazio	11.235.677	9.797.510	-12,80%	1.438.167
Abruzzo	2.437.813	2.137.962	-12,30%	299.851
Sardegna	3.112.487	2.735.876	-12,10%	376.611
Trentino Aldo Adige	2.188.445	1.960.847	-10,40%	227.604
Liguria	3.329.996	3.096.896	-7,00%	233.100
Veneto	8.817.601	8.359.086	-5,20%	458.515
Piemonte	8.522.707	8.258.503	-3,10%	264.204
Toscana	6.938.500	6.771.976	-2,40%	166.524
Lombardia	16.960.356	16.688.990	-1,60%	271.366
Emilia Romagna	8.101.115	8.020.104	-1,00%	81.011
Marche	2.837.457	2.820.432	-0,60%	17.025
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.431.381	0,00%	-
Umbria	1.610.768	1.610.768	0,00%	-
ITALIA	110.820.460	98.815.021	-10,83%	12.005.439

2. La sfida di *policy* è quella di disegnare i percorsi di convergenza delle varie Regioni verso il *benchmark*. È una sfida complessa, perché per alcune Regioni il percorso da compiere è particolarmente lungo e difficile. Gli aggiustamenti devono avvenire sia per la spesa che per la qualità, e compiersi durante una transizione che, per essere credibile e irreversibile, deve essere anche circoscritta nel tempo (auspicabilmente meno di un decennio), il più possibile fissata *ex-ante* (senza incognite e senza elementi rimandati a definizione/contrattazione successiva), e sorretta anche da sufficienti avanzamenti sul fronte dell'impalcatura istituzionale (come Programmi di Stabilità Regionali vagliati annualmente e da cui far scaturire *policy guideline* a carattere anche cogente);
3. La coerenza tra i risultati dell'approccio econometrico e quelli dell'approccio per profili di spesa porta una prova a favore di una soluzione che, sul piano di *policy*, appare quella più concreta e praticabile: (1) assegnare le risorse correnti (*i.e.* ripartire il Fondo sanitario nazionale) in modo tale che ciascun cittadino per fascia di età si veda riconosciute *ex-ante* le stesse risorse indipendentemente dalla Regione di residenza stanziato (regola coerente con il criterio di finanziamento *top-down*); (2) fissare il periodo di transizione durante il quale le Regioni devono gradualmente ma irrevocabilmente adattarsi a questa regola di riparto delle risorse correnti; (3) come parte integrante della transizione, procedere con interventi *ad hoc* di perequazione/riorganizzazione infrastrutturale, in modo tale da porre le Regioni su una base di operatività il più possibile omogenea e dotarle di leve di *governance* adeguate. In questa prospettiva, *SaniRegio2* fornisce anche una razionalizzazione degli effetti combinati di correzioni delle inefficienze di spesa corrente e di investimenti nei Ssr (le prime favoriscono spostamenti lungo la traiettoria verso il *benchmark*, i secondi permettono *shift* della traiettoria verso il *benchmark*);
4. Nella difficoltà di dare copertura finanziaria certa e a medio-lungo termine alle risorse per gli investimenti infrastrutturali, dovrebbe essere opportunamente considerata anche la possibilità di una soluzione endogena, che riallochi in conto capitale una quota delle risorse che i guadagni di efficienza mano mano liberano sul fronte corrente. Questa opzione appare quasi "fisiologica" se si considera che le Regioni con i più gravi *gap* di efficienza sono le stesse sottodotate sul piano infrastrutturale, e le stesse con i ritardi più marcati nella qualità. Oltre a sostenere i programmi di perequazione infrastrutturale, le risorse liberate dall'efficientamento dovranno sostenere la copertura delle aree di prestazione sottosviluppate o addirittura assenti (si pensi, in primo luogo, alla *long-term care*). Al termine del periodo di transizione e degli interventi di perequazione infrastrutturale, le Regioni del Mezzogiorno e il Lazio dovranno essere in grado di condurre i loro Ssr con le risorse annuali provenienti dal Fsn programmato *top-down* e ripartito secondo le proporzioni *standard*.

Ma nell'immediato, l'attuale situazione di finanza pubblica, unitamente all'alto *stock* di debito e alle prospettive di bassa crescita che accompagneranno il Paese nei prossimi anni, potrebbe suggerire di dedicare una parte dei guadagni di efficienza al consolidamento dei conti. Alcune Regioni (Campania e Lazio in testa) hanno, attraverso successivi disavanzi di gestione, accumulato uno *stock* di debito nel comparto sanitario che ha assunto dimensioni tali da attirare l'attenzione della società internazionali di *rating*. Oltre all'indebitamento esplicito, si deve anche considerare quello "sommerso", dovuto sia alla scarsa trasparenza dei conti nella fase di registrazione e in quella di consolidamento, sia alle prassi di differimento dei pagamenti e ricontrattazione delle scadenze delle fatture. Invece che coinvolgere, direttamente o indirettamente, le finanze statali nel riassetto dei bilanci sanitari delle Regioni (rifinanziamenti "premiati" o erogazione di prestiti a lungo termine garantiti), almeno una parte delle risorse liberate dall'efficientamento potrebbe, anno per anno, essere vincolata al risanamento e alla normalizzazione dei rapporti commerciali di Asl e Ao. Esattamente come quel che avviene a livello Paese per la crescita macroeconomica, sostenibilità finanziaria e equilibrio di bilancio di Asl e Ao sono tasselli essenziali per fondare un percorso che sviluppi qualità e adeguatezza dei Lea sanitari. La magnitudine delle risorse liberabili con l'efficientamento dei Ssr è tale da permettere di vagliare loro riallocazioni multiple, in grado di portare avanti, in maniera equilibrata e consapevole, innalzamenti della qualità, rafforzamento dell'infrastrutturazione e consolidamento dei conti.

I precedenti punti 3. e 4. avvalorano l'impostazione generale che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno seguendo, con gli *standard* di spesa corrente da ricavare tramite *benchmarking* sulle Regioni più virtuose e, in parallelo, l'azione di perequazione/rafforzamento infrastrutturale dei Ssr. In questa prospettiva, tuttavia, parrebbe necessario rafforzare il coordinamento dei decreti attuativi, come preconditione legislativa per poter definire in maniera dettagliata sia i tempi della transizione sia le risorse coinvolte Regione per Regione. La transizione sarà la fase più delicata e rischiosa del federalismo, quella durante la quale potranno emergere le "resistenze" più forti (politiche, tecniche, amministrative, culturali e di mentalità); il suo disegno deve essere il più possibile completo e coerente e coprire l'intero arco temporale.

Per sostenere la convergenza sulle spese correnti, è auspicabile anche che, come parte integrante del federalismo, si impostino basi, comuni a tutte le Regioni, di universalismo sanitario selettivo. Una proposta operativa è stata tempo fa avanzata dal CeRM in *"Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni"*. Di fronte all'ampiezza delle correzioni che le Regioni devianti devono realizzare sulla spesa corrente, è fuor di dubbio che, durante questo processo, la selettività possa funzionare come garanzia che i *target* finanziari non vadano a discapito di obiettivi redistributivi. Oltretutto, un intervento in questa direzione avrebbe ricadute immediate sul controllo e sulla qualità della spesa (la selettività permette il *targeting* delle risorse), caratteristiche che nessun'altra delle riforme federaliste in discussione riuscirebbe a generare in tempi altrettanto rapidi. Il passaggio all'universalismo selettivo può essere la via per effettuare quel raccordo, tra perimetro dei Lea e risorse disponibili per il loro finanziamento, che non è mai stato esplicitato e che adesso serve per "re inizializzare" il sistema.

Preso coscienza degli acuti divari di efficienza e qualità (quasi due Paesi diversi piuttosto che due facce di uno stesso Paese), i risultati finali di *SaniRegio2* richiamano l'urgenza del completamento del federalismo. Il messaggio riassuntivo di *policy* è quello di tenere il più possibile legate tra loro l'applicazione degli *standard* di spesa calcolati sulle Regioni più virtuose (con sovrappeso a pieno carico della Regione che le compie), la riduzione dei *gap* infrastrutturali, l'esplicita responsabilità di mandato e di ufficio per politici e amministratori inadempienti (con decadenza e anche ineleggibilità), l'avvio dell'universalismo selettivo, il consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Sono elementi necessari per dare coerenza e sicurezza alla fase di transizione, e per gettare basi solide per la *governance* federalista a regime.

⇒ *Sommario esteso disponibile dopo l'Indice*

Fp e Ncs, Roma, Maggio 2011

- INDICE -**Sommario esecutivo**

Sommario esteso	4
------------------------	---

Introduzione: Sanità e Federalismo	11
---	----

La <i>standardizzazione</i> della spesa	14
--	----

La base dati	15
Metodologia di stima	24
Specificazione del modello e risultati	27
Gli scostamenti dalla spesa <i>standard</i>	36

La spesa <i>standard</i> corretta per la qualità	46
---	----

Un indicatore sintetico di qualità	47
La frontiera efficiente e le correzioni per raggiungerla	52

L'estensione macroeconomica	73
Lettura conclusiva con indicazioni di <i>policy</i>	81
Le Regioni a maggior devianza	82
Le altre Regioni	82
Da <i>SaniRegio1</i> a <i>SaniRegio2</i>	83
La dimensione dei <i>gap</i> di spesa	83
Il ruolo della perequazione infrastrutturale	84
Coerenza tra approccio econometrico e approccio per profili di spesa	87
Quattro proposizioni conclusive	88
Infrastrutture, aree Lea scoperte, o controllo di spesa?	89
Come realizzare i percorsi di aggiustamento?	91
Possibili sviluppi: verso <i>SaniRegio3</i>	96
Un grafico riassuntivo	98
Riferimenti bibliografici	100

Sommario esteso

SaniRegio2 è la seconda *release*, con dati aggiornati e alcune innovazioni di rilievo nella struttura e nella interpretazione, del modello econometrico *panel* con cui CeRM confronta il grado di efficienza di spesa e di qualità dei sistemi sanitari delle Regioni italiane.

Il modello è costruito in modo tale da evidenziare quanta parte della spesa sanitaria Lea possa trovare giustificazione, da un lato, nelle caratteristiche demografiche, economiche e sociali e nella dotazione di capitale fisico e umano (*Parte I*) e, dall'altro, nel livello qualitativo delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini (*Parte II*).

Per gli ultimi 10 anni, si analizza la relazione media che lega la spesa sanitaria pubblica *pro-capite* (di parte corrente) delle Regioni ad alcune tra le più importanti variabili esplicative. Sulla base di questa relazione, la spesa *pro-capite* effettiva (di contabilità) di ogni Regione viene confrontata con il valore che essa avrebbe dovuto assumere se nella stessa Regione l'impatto delle variabili esplicative sulla spesa fosse stato quello mediamente rilevabile nel complesso di tutte le Regioni (l'impatto *standard*). La **Parte I** del *Working Paper* fa proprio questo, stimando con tecnica *panel* a effetti fissi i parametri medi della funzione di spesa, e costruendo una Regione *standard* (o, meglio, una regione dai parametri funzionali *standard*) con cui raffrontare tutte le Regioni italiane.

La **Parte II** del *Wp* affianca alla dimensione della spesa quella della qualità. Si costruisce la frontiera efficiente per la fornitura di prestazioni sanitarie; tale frontiera definisce, per ogni livello di sovraspesa rispetto allo *standard*, il livello di qualità che dovrebbe essere assicurato per giustificare la sovraspesa; ovvero, per ciascun livello di qualità, lo scostamento dalla spesa *standard* necessario e sufficiente per raggiungerlo.

SaniRegio2 conferma tutti i risultati di *SaniRegio1*, e in chiave di *policy* permette alcune considerazioni aggiuntive. Se in *SaniRegio1* i *gap* di spesa erano calcolati a parità qualità, adesso a ciascuna Regione sono attribuite due correzioni da compiersi contemporaneamente, l'una sul fronte della spesa e l'altra della qualità. Le correzioni sono quelle che permetterebbero alle varie Regioni di emulare le *performance* dell'Umbria, individuata come *benchmark* (assieme al Friuli Venezia Giulia). Adesso il *benchmark* è più concreto e realistico (i risultati che l'Umbria ha dimostrato essere possibili), rispetto alla condizione di "a parità di qualità" che, per il livello qualitativo gravemente deficitario di molte Regioni soprattutto del Mezzogiorno, in *SaniRegio1* assumeva una valenza prettamente teorica/euristica. Le correzioni di spesa suggerite da *SaniRegio2* dovrebbero avvenire, non per giustificare il basso livello attuale di qualità, ma assieme all'aumento della qualità sino al livello dell'Umbria.

Nel complesso, si conferma il quadro di un Paese spaccato in due, con le Regioni del Centro-Nord attestate su livelli di efficienza e di qualità della spesa che appaiono significativamente più elevati rispetto alle Regioni del Mezzogiorno. Le Regioni che più sono lontane dalla frontiera efficiente sono anche quelle che erogano prestazioni di qualità inferiore. Sovraspesa e bassa qualità vanno di pari passo, due facce della stessa medaglia.

Tutto il Mezzogiorno e il Lazio dovrebbero recuperare cospicui margini di efficienza e, con risorse inferiori rispetto a quelle utilizzate oggi per i Lea, fornire prestazioni della qualità dell'Umbria, la Regione che si distingue per livello di qualità.

Sono cinque le Regioni per le quali il *gap* di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. La Campania dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%, per emulare in tutto e per tutto l'Umbria. La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%. La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più del 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio).

Tradotti in valori assoluti e aggregati, i *gap* di spesa originano valori che colpiscono per gli ordini di grandezza. A questo tema è dedicata la **Parte III**. La Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di Euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolosità della Regione rispetto alle altre quattro.

Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi di Euro/anno, più del 77% delle risorse, oltre 12 miliardi equivalenti a circa lo 0,8% del Pil, che si libererebbero a livello Paese se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente e condividessero le stesse *performance* dell'Umbria (la Regione *benchmark*). Al di là di questi cinque casi macroscopici, è importante sottolineare anche le posizioni delle altre Regioni.

L'Umbria e il Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che spiccano su entrambe le dimensioni (spesa, qualità). Le uniche due che, almeno in linea di principio, non sarebbero chiamate a interventi correttivi.

Alla luce dei risultati, le Marche sono accumulabili a Umbria e Friuli Venezia Giulia, mostrandosi quasi allineate allo *standard* per quanto riguarda la spesa, e staccate solo marginalmente sulla qualità.

Emilia Romagna, Lombardia e Toscana hanno *gap* contenuti sulla spesa (1%, 1,1% e 2,4% rispettivamente), e solo un po' più evidenti sulla qualità (7,5%, 9,9% e 3,1).

Per Piemonte, Veneto e Liguria i due *gap* si ampliano, pur rimanendo in *range* nettamente migliori della media Italia: per la spesa i *gap* sono, rispettivamente, del 3,1%, del 5,2% e del 7%; per la qualità, del 4,2%, del 7,5%, e del 28,2%. La Liguria, in effetti, si rivela Regione *borderline* sotto entrambe le dimensioni: è l'ultima, nell'ordine in cui si sta facendo l'elenco, con *gap* di spesa ad una sola cifra percentuale; se si escludono i casi del Trentino Alto Adige e della Valle d'Aosta, è l'ultima con un *gap* di efficienza non macroscopico (dopo la Liguria c'è un vero "gradino" di qualità).

Le rimanenti Regioni hanno tutte *gap* di spesa a doppia cifra, che vanno dal 10,4% del Trentino Alto Adige al 15,3% del Molise.

Tra queste, solo due hanno un buon livello di qualità, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta. Il primo con un *gap* di qualità del 6,4%, la seconda del 16,3%. Queste due Regioni a statuto speciale riescono abbastanza bene nella qualità delle prestazioni, anche se spendono troppo per ottenerla. A livello aggregato, la loro devianza risulta contenuta (soprattutto se paragonata ai casi più inefficienti), perché si tratta di realtà di dimensione geografica e popolosità medio-piccole. Il Trentino Alto Adige potrebbe liberare risorse per circa 227 milioni di Euro/anno, la Valle d'Aosta per circa 36 milioni. Tuttavia, la ridotta scala aggregata non deve, per onestà e coerenza di analisi, far soprassedere sui dati di inefficienza di spesa a livello *pro-capite* e a livello percentuale.

Tutte le altre Regioni, Sardegna, Abruzzo, Basilicata, Molise, abbinano consistenti *gap* di spesa (tutti a doppia cifra) a consistenti *gap* di qualità (rispettivamente, 75%, 61,3%, 75,4%, 63,9%). A livello aggregato, esse potrebbero liberare 377 milioni di Euro/anno, 301 milioni, 145 milioni, e 99 milioni. Ammontari di grandezza considerevole, con riferimento alla struttura del bilancio dello Stato e, ancor di più, del bilancio regionale.

Per apprezzare l'entità delle risorse, si deve riflettere che gli oltre 12 miliardi, liberabili se tutte le Regioni riuscissero ad emulare l'Umbria, equivalgono ad oltre 1/5 della correzione strutturale della spesa pubblica che il Governatore Mario Draghi ha auspicato nel suo commento alla Decisione di Finanza Pubblica 2011. Tale dovrebbe essere la correzione sul lato della spesa pubblica per realizzare l'obiettivo del pareggio di bilancio nel 2014 e riavviare un percorso virtuoso di costante riassorbimento del debito pubblico.

Ma ancor più significativo è il paragone con il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze che, inaugurato nel 2008 con una capitalizzazione di 400 milioni di Euro, non è stato possibile continuare a finanziare a causa della crisi e dei problemi di finanza pubblica. Dai risultati di *SaniRegio2* emerge che, con le risorse liberabili, potrebbe essere avviato, su basi strutturali, un fondo con oltre 12 miliardi di capitalizzazione, tale da poter mediamente dedicare a ciascuna Regione un ammontare annuo di risorse superiore a quello stanziato su scala Paese nel 2008. È questo l'esempio più indicativo dell'urgenza delle riforme e del completamento della transizione federalista. Infatti, i risparmi da efficientamento dovrebbero auspicabilmente essere reinvestiti in sanità, per migliorare adeguatezza e sostenibilità economica delle prestazioni. Oggi l'Italia dedica alla sanità Lea una percentuale di Pil sostanzialmente allineata a quella dei maggiori *Partner Ue* (anzi, marginalmente inferiore), e l'obiettivo delle riforme e del federalismo non è quello di ridurre questa quota, ma di ottimizzare l'allocazione delle risorse, a cominciare dalla copertura di ambiti di prestazioni sinora sottosviluppate o inesistenti come quelle per i lungodegenti.

Un altro esempio di rilievo è il confronto con la spesa in conto capitale della Pubblica Amministrazione. Nel 2010, nel bilancio consolidato della PA gli investimenti fissi lordi sono ammontati a poco meno di 32 miliardi di Euro, in contrazione di oltre 6 miliardi rispetto al 2009, causa la crisi economica. Le risorse annualmente liberabili nel solo Ssn conterebbero per oltre il 37% di quanto la Pubblica Amministrazione annualmente dedica ai programmi di investimento, inclusi quelli riguardanti il sistema sanitario. Una quota di primaria importanza, soprattutto di fronte alle esigenze di rinnovamento ad ampio spettro delle infrastrutture del Paese.

Quest'ultimo esempio è utile ad introdurre il tema del grado di infrastrutturazione dei Ssr, e dell'impatto che le infrastrutture hanno sia sull'efficienza della spesa che sulla qualità delle prestazioni. Una lettura approfondita dei risultati di *SaniRegio2* non può prescindere dalla considerazione del diverso grado di infrastrutturazione dei Ssr. È quanto viene svolto nella **Parte IV**.

Secondo un indicatore sintetico di infrastrutturazione in sanità sviluppato recentemente dall'Istat, il Mezzogiorno è staccato di circa 25 punti percentuali rispetto alla media Italia. Il Centro è sostanzialmente allineato alla media. Nord Ovest e Nord Est superano la media di oltre 15 punti percentuali (il Nord Est di quasi 20). Tra il Nord Est e il Mezzogiorno il *gap* è di circa 45 punti percentuali (fatto 100 il livello di infrastrutturazione dell'Italia).

Nella struttura di *SaniRegio2* (come anche di *SaniRegio1*), le variabili dal lato dell'offerta, e tra queste le infrastrutture ricettive e tecnologiche, concorrono a giustificare la spesa. Le Regioni più infrastrutturate hanno più capacità di offrire prestazioni, di incontrare la domanda di terapie, e di conseguenza la loro spesa trova, a parità di tutto il resto (a parità delle altre variabili esplicative utilizzate nel *panel*), maggior ragione d'essere. L'esatto contrario avviene per le Regioni meno infrastrutturate, dove l'assenza o la relativa debolezza di capacità di offerta fa venir meno dei fattori di giustificazione della spesa. Una argomentazione speculare può essere fatta per la dimensione della qualità (la dotazione infrastrutturale permette prestazioni di qualità ed è essa stessa qualità).

Inoltre, il livello di infrastrutturazione influenza l'efficienza anche secondo un altro canale. Strutture e apparecchiature adeguate e moderne favoriscono le soluzioni terapeutiche migliori e la loro tempestiva applicazione, con ciò riducendo la casistica delle ricadute e delle complicanze. Si potrebbero, inoltre, fare numerosi esempi di infrastrutture moderne con costi di gestione inferiori rispetto a omologhe infrastrutture vecchie (si pensi al consumo energetico, oppure agli aspetti della logistica, o alla necessità di interventi di manutenzione straordinaria, o al rapporto col territorio, etc.).

Se il grado di infrastrutturazione influenza l'efficienza della spesa e il livello di qualità, questo significa che programmi *ad hoc* di perequazione infrastrutturale - ben disegnati, efficaci, gestiti in modo tale da aiutare a recuperare il *deficit* di *governance* delle Regioni sottodotate e non di esserne negativamente coinvolti - possono da soli avvicinare la varie Regioni, e in particolare quelle del Mezzogiorno, verso la Regione *benchmark*. Tali programmi, in altri termini, potrebbero funzionare come *break* strutturali in grado di reimpostare sia le condizioni di partenza delle Regioni nel piano cartesiano sovrappeso-qualità, sia le leve di *policy* a disposizione di ciascuna Regione per condurre la *governance* del suo sistema sanitario.

Il coinvolgimento, nella lettura dei risultati, della dimensione della perequazione infrastrutturale permette un collegamento in più, dopo quello con il *SaniRegio1*. I risultati di *SaniRegio2* sono coerenti anche con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, l'altra metodologia elaborata da CeRM parallelamente all'approccio econometrico dei due *SaniRegio*.

Nel complesso, confrontando *cum grano salis* i risultati dei due *SaniRegio* e quelli del *benchmarking* su profili di spesa, se ne deriva una conferma della linea generale che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno seguendo, con gli *standard* di spesa corrente da ricavare tramite *benchmarking* sulle Regioni più virtuose e, in parallelo, l'azione di perequazione/rafforzamento infrastrutturale dei Ssr.

In questa prospettiva, tuttavia, parrebbe necessario integrare molto meglio tra di loro i decreti attuativi, come condizione legislativa per poter definire in maniera dettagliata sia tempi della transizione sia le risorse coinvolte Regione per Regione. La transizione sarà la fase più delicata e rischiosa del federalismo, quella durante la quale potranno emergere le "resistenze" più forti (politiche, tecniche, amministrative, culturali e di mentalità); il suo disegno deve essere il più possibile completo e coerente e coprire l'intero arco temporale. Sempre in questa prospettiva, sarà necessaria una ricognizione molto precisa, e soprattutto condivisa tra Stato e Regioni, degli interventi di rafforzamento infrastrutturale. Sarà necessario considerare anche le possibilità di ottimizzazione del capitale esistente, soprattutto nelle realtà dove la rete ospedaliera (pubblica e privata convenzionata) è più parcellizzata e sovradimensionata.

Oltre a sostenere i programmi di perequazione infrastrutturale, le risorse liberate dall'efficientamento dovranno sostenere la copertura delle aree di prestazione sottosviluppate o addirittura assenti (si pensi, in primo luogo, alla *long-term care*).

Ma nell'immediato, l'attuale situazione di finanza pubblica, unitamente all'alto *stock* di debito e alle prospettive di basa crescita che accompagneranno il Paese nei prossimi anni, potrebbe suggerire di dedicare una parte dei guadagni di efficienza al consolidamento dei conti. Alcune Regioni (Campania e Lazio in testa) hanno, attraverso successivi disavanzi di gestione, accumulato uno *stock* di debito nel comparto sanitario che ha assunto dimensioni tali da attirare l'attenzione della società internazionali di *rating*. Oltre all'indebitamento esplicito, si deve anche considerare quello "sommerso", dovuto sia alla scarsa trasparenza dei conti nella fase di registrazione e in quella di consolidamento, sia alle prassi di differimento dei pagamenti e ricontrattazione delle scadenze delle fatture. Invece che coinvolgere, direttamente o indirettamente, le finanze statali nel riassetto dei bilanci sanitari delle Regioni (con rifinanziamenti "premiati" e erogazione di prestiti a lungo termini garantiti come debito pubblico), almeno una parte delle risorse liberate dall'efficientamento potrebbe, anno per anno, essere vincolata al risanamento e alla normalizzazione dei rapporti commerciali di Asl e Ao. Esattamente come quel che avviene a livello Paese per la crescita macroeconomica, sostenibilità finanziaria e equilibrio di bilancio di Asl e Ao sono tasselli essenziali per fondare un percorso che sviluppi qualità e adeguatezza dei Lea sanitari. La magnitudine delle risorse liberabili con l'efficientamento dei Ssr è tale da permettere di vagliare loro riallocazioni multiple, in grado di portare avanti, in maniera equilibrata e consapevole, innalzamenti della qualità, rafforzamento dell'infrastrutturazione e consolidamento dei conti. È questa, con ogni probabilità, la strada migliore da intraprendere.

Se *SaniRegio2* può esser visto come un conforto teorico a favore delle riforme in sanità e a favore della strada imboccata con i decreti attuativi della Legge n. 42-2009, la domanda che resta sullo sfondo, e a cui *SaniRegio2* non può dare risposta, è: come si spingono le Regioni a chiudere i *gap* di spesa e di qualità?

La prima risposta è che è la trasformazione federalista in sé che è attesa portare effetti benefici. La fissazione di *standard* per lo svolgimento delle funzioni essenziali e fondamentali implica che qualunque maggior assorbimento di risorse andrà finanziato a carico dei cittadini residenti nella Regione (nel caso della sanità) o nell'Ente Locale che ha non ha saputo rispettare il vincolo. Ad oggi, la responsabilizzazione fiscale, nonostante i progressi compiuti nell'utilizzo della leva regionale sull'Irap e sull'Ire/Irpef, non è ancora piena. Le Regioni che chiudono il bilancio sanitario *in deficit*, hanno adesso l'obbligo di fissare l'addizionale Ire/Irpef all'1,4% (l'aliquota base/minima dell'addizionale è dello 0,9%, con facoltà alle Regioni di portarla all'1,4%). Inoltre, per alcune Regioni (il Lazio tra queste) la situazione dei conti sanitari ha reso necessario l'innalzamento obbligatorio dell'addizionale all'1,7% (così per l'anno di imposta 2010 e 2011). Per quanto riguarda l'Irap, dal 2010 nelle Regioni in disavanzo sanitario è scattato l'aumento automatico di 0,15 p.p. sull'aliquota in vigore l'anno prima (l'aliquota base/minima dell'Irap è del 3,9% e le Regioni hanno facoltà di aumentarla o ridurla sino a 1 p.p.).

Sono sufficienti queste mobilitazioni automatiche delle addizionali e delle maggiorazioni? Sembra mancare, per adesso, un'affermazione inequivocabile e perentoria che, in presenza di sovrappeso sanitarie, addizionali e maggiorazioni scattano automaticamente e senza limite massimo, sino a copertura integrale, anno per anno, del disavanzo emergente nell'anno. È un passo necessario per completare la responsabilizzazione fiscale e renderla credibile. Si può prevedere, per favorire la praticabilità di questa piena assunzione di responsabilità delle Regioni, che, in caso di disavanzi cospicui, il ripiano possa avvenire in due o tre anni, ma purché gli aumenti della leva fiscale regionale supportino pienamente un piano di rientro stabilito *ex-ante*. Questo implica che gli aumenti debbano essere vincolati al risanamento del bilancio sanitario, cosa che adesso non è. Sempre allo scopo di agevolare l'assunzione di responsabilità, si può approfondire la possibilità che le addizionali Ire/Irpef, in luogo di essere un valore unico per tutti gli scaglioni (prese a se stanti, esse sono adesso proporzionali al reddito), siano fissate per rimanere coerenti con la progressività delle aliquote nazionali. Quanto più la responsabilità fiscale delle Regioni sarà credibile, tanto più gli sforzi della *governance* regionale punteranno ad innalzare efficienza ed efficacia dei Ssr, a ciò pungolati dall'attenzione dei cittadini elettori. La responsabilizzazione fiscale, toccando esplicitamente le posizioni economiche dei singoli cittadini, sarà sicuramente stimolo all'informazione e alla partecipazione politica più attiva.

La piena responsabilizzazione fiscale dovrebbe cominciare a valere anche sui piani di rientro da *deficit*/debito sanitario che ad oggi coinvolgono ben dieci Regioni italiane. Tali piani non possono rimanere realtà parallele e distinte rispetto alla transizione verso gli *standard*. Devono essere incorporate nella transizione e divenire tutt'uno con la transizione. Un primo collegamento lo si è già messo in evidenza: una parte delle risorse liberate dall'efficientamento dovrebbe esser dedicata al consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Lazio, Campania e Calabria hanno ottenuto, per far fronte al cospicuo debito accumulato in anni di consecutivi disavanzi, prestiti pluriennali da parte dello Stato. Il ripagamento di questi debiti non può rimanere solo una promessa contrattuale, scritta nell'articolato del piano di rientro.

Al ripagamento si devono dare subito concrete e certe basi finanziarie. Oltre a impiegare una quota delle risorse liberate da efficientamento, sarebbe forse utile discutere, visti i livelli di esposizione dei Ssr delle tre Regioni, di una addizionale Irpef e/o di una maggiorazione Irap da vincolare stabilmente al ripagamento del prestito sino alla sua completa redenzione. Questa scelta avrebbe anche un forte valore simbolico nei confronti delle altre Regioni, oltre a far chiarezza sulla destinazione di basi imponibili e gettiti che, nella riorganizzazione fiscale in corso, sono invocati da più destinazioni e da più livelli di governo, con il rischio che il Legislatore, nazionale o subnazionale, arrivi a disporre di quel che in effetti non ha.

Con la piena responsabilizzazione fiscale, le incapacità di *governance* ricadranno sui cittadini votanti, stimolando la loro pressione (nel senso sia di *voice* che di *exit*) sui rappresentanti politici e sugli amministratori. Il culmine di questa presa di consapevolezza dei cittadini diverranno le tornate elettorali, quando chi non è stato all'altezza delle funzioni pubbliche potrà essere non riconfermato nel mandato e sostituito. È questo il circuito virtuoso alle radici del federalismo, che dovrà funzionare anche sul fronte dell'adeguatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie e più in generale di tutte quelle rientranti nei Lea/Lep

Tuttavia questo circuito virtuoso, che in un assetto di federalismo maturo può da solo improntare in positivo tutta la *governance*, ha bisogno, in fase di avvio, di essere sorretto e accompagnato. Lo schema di decreto sulle ipotesi di decadenza dal mandato o dall'ufficio direttivo per politici e amministratori che fallissero il *target* va in questa direzione. Alla data in cui questo *Working Paper* è chiuso la bozza è ancora in discussione, e le critiche ricevute vi vedono un eccesso di penalizzazione individuale su tematiche troppo complesse che spesso trascendono la volontà e l'impegno del singolo. Per altri versi, però, appare un passo irrinunciabile, per controbilanciare le resistenze di politici e amministratori a compiere azioni necessarie ma impopolari, e a rendere effettiva da subito una possibilità di ricambio dei *policy maker* che le scelte elettorali potrebbero attivare solo tra qualche tempo, quel tempo perché maturi una nuova consapevolezza "federalista" nei cittadini elettori (e magari anche il tempo perché si appronti una nuova legge elettorale ...). V'è poi da dire che le Regioni maggiormente devianti sono anche le stesse dove è più intensa la presenza della criminalità organizzata: lì dove politici e amministratori sono chiamati a compiere le correzioni più significative nei funzionamenti del Ssr, è anche più elevato il timore che i flussi elettorali non siano sufficientemente liberi per sanzionare prontamente col voto i risultati della *governance*.

Un ruolo fondamentale in transizione avranno anche, lo si è già detto, gli interventi infrastrutturali. La credibilità dei percorsi di efficientamento della spesa dovrà essere "puntellata" dalla riduzione dei *gap* territoriali, in modo tale da dotare le Regioni di leve di *governance* adeguate e da poter chiedere loro, a buona ragione, il rispetto degli *standard* di spesa e qualità. Oltre alla rivalorizzazione endogena di una quota di risorse liberate dalla gestione corrente, appare importante una razionalizzazione complessiva dei fondi nazionali ed europei dedicati agli interventi infrastrutturali/speciali, per evitare sovrapposizioni e rischi di incapienza per eccesso di funzioni, e per applicare appieno i principi di concentrazione per settore, funzione e territorio. Anche la Cassa Depositi e Prestiti potrebbe svolgere un ruolo nel riassorbire i *gap* di infrastrutture e, anzi, si tratterebbe forse della sua finalità istituzionale più propria e diretta, che la Cassa potrebbe perseguire avvalendosi di professionalità elevate con funzioni anche di valutazione dei progetti sia *ex-ante* che in corso di realizzazione.

Clausole di decadenza dal mandato politico e dall'ufficio direttivo svolgerebbero una funzione importante anche con specifico riferimento ai programmi di perequazione infrastrutturale. È indispensabile, addirittura vitale per il futuro del nuovo assetto, che questa ulteriore occasione di riequilibrio delle dotazioni di capitale fisico venga valorizzata al massimo e sappia incidere in maniera sostanziale sulla conformazione dei Ssr. La chiara esplicitazione di responsabilità *ad personam* va posta a garanzia che tutti coloro investiti di incarichi decisionali abbiano come unico e inderogabile scopo quello di ridurre i *gap* territoriali, con la piena consapevolezza che si stanno utilizzando risorse che la collettività si sforza di mettere a disposizione per avviare una nuova fase di sviluppo e di relazioni tra territori e tra centro e territori.

Sempre con riferimento alla perequazione infrastrutturale, un altro principio guida da seguire, per dare solidità alla transizione e gettare basi durature per il federalismo, riguarda la tipologia degli investimenti. Nel prossimo futuro "parole chiave" per la *governance* della sanità saranno: deospedalizzazione; copertura del territorio; integrazione con le prestazioni sociali a carico dello Stato e di altri Enti Locali; sviluppo dell'assistenza per lungodegenza presso il domicilio; efficientamento della distribuzione dei farmaci con avvio delle farmacie dei servizi; collegamenti efficaci e rapidi (anche elicotteristici) verso i nodi più importanti del sistema ospedaliero (i centri di eccellenza per gli interventi più complessi); ammodernamento della dotazione strumentale e tecnologica; sviluppo di sistemi evoluti per la valutazione delle pratiche terapeutiche e la diffusione di *best practice*; campagne informative di massa sulla prevenzione e sull'impatto delle abitudini di vita sullo stato di salute. I programmi di investimento dovranno necessariamente muoversi nel solco di queste parole chiave.

Nella valutazione del *gap* infrastrutturale e degli investimenti necessari sarà necessario tener conto del livello di vetustà degli *asset* e, soprattutto, della loro rispondenza alle parole chiave della sanità di domani, come quelle appena sintetizzate. In effetti, nella prospettiva di queste parole chiave, un indicatore di infrastrutturazione “tradizionale” potrebbe sovrastimare il *gap* territoriale sul fronte della rete ospedaliera e sottostimarne sul fronte di *asset* di interconnessione col territorio e di dotazione tecnologica. E questi errori potrebbero complicare inutilmente la transizione (ad esempio rendendola più costosa), e volgerla in direzioni subottimali o sbagliate.

Un'altra parola chiave per il Ssn del futuro prossimo venturo sarà selettività, universalismo selettivo. Passo obbligato per dare sostenibilità finanziaria all'universalismo di fronte alle intense tendenze alla crescita della spesa sanitaria (acuta e per lungodegenza) sul Pil, la selettività può da subito svolgere un ruolo essenziale nella guida e nel compimento della transizione. Il passaggio all'universalismo selettivo può essere la via per effettuare finalmente quel raccordo, tra perimetro dei Lea e risorse disponibili per il loro finanziamento, che in Italia non è mai stato affrontato esplicitamente.

Per sostenere la convergenza sulle spese correnti, è auspicabile che, come parte integrante del federalismo, si impostino basi, comuni a tutte le Regioni, di universalismo sanitario selettivo. Una proposta operativa è stata tempo fa avanzata dal CeRM in “*Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni*”.

Sinora di universalismo selettivo si è parlato principalmente come strumento per far fronte alla dinamica prospettica del fabbisogno sanitario, tra l'altro all'interno di un dibattito non privo di contrasti di visione. In realtà, questa riforma di struttura è tutt'affatto attuale. Se si considerano il vincolo macrofinanziario che la crisi economica ha reso ancor più stringente e, nel contempo, l'obiettivo di efficientare la spesa corrente e liberare spazio per gli interventi infrastrutturali, dalla selettività arriverebbe una flessibilità essenziale per riaggiustare il livello e la composizione della spesa tutelando il più possibile l'equità di accesso alle prestazioni. La selettività è l'alternativa ad aggiustamenti “lineari” che, in potenza, possono colpire chiunque in maniera indiscriminata.

La selettività va vista come un ingrediente indispensabile per affrontare e rendere credibile la transizione, anche con riferimento alle risorse liberabili per gli investimenti. A parità di correzione che le Regioni devianti devono realizzare sulla spesa corrente, è fuor di dubbio che, durante questo processo, la selettività possa funzionare come garanzia che i *target* finanziari non vadano a discapito di obiettivi redistributivi. Oltretutto, un intervento in questa direzione avrebbe ricadute immediate sul controllo e sulla qualità della spesa, caratteristiche che nessun'altra delle riforme federaliste in discussione riuscirebbe a generare in tempi altrettanto rapidi.

Poco sopra si è evidenziata l'importanza della piena responsabilizzazione fiscale delle Regioni rispetto alle deviazioni dallo *standard*. Ci si deve, tuttavia, anche interrogare sulla praticabilità di aumenti automatici delle aliquote Irpef e Irap in un Paese con la pressione fiscale e contributiva già alta e che sta tentando da più anni di ridurre. Alla luce dei risultati emersi, gli aumenti dei prelievi regionali si concentrerebbero nelle zone meno sviluppate del Paese e con più gravi problemi di evasione, e proprio lì dove, per altri versi, si continuano a studiare stimolazioni fiscali per l'economia e l'occupazione. Anche alla luce di queste considerazioni, passi avanti verso l'universalismo selettivo possono risultare essenziali nel rendere praticabili i percorsi di convergenza, senza perdere di vista nessuno dei tasselli del sistema economico-sociale nazionali e dei sistemi regionali. Un vero e proprio “collante” durante le trasformazioni.

Durante la convergenza verso gli *standard*, regole di universalismo selettivo, condivise da tutte le Regioni, aiuterebbero a perseguire, in maniera equilibrata, obiettivi finanziari e obiettivi redistributivi/equitativi, aumentando la credibilità della transizione e dotando l'Italia di uno strumento di *governance* (la selettività della spesa) che nei prossimi anni diventerà un passo obbligato per fronteggiare la dinamica dei fabbisogni.

Preso coscienza degli acuti divari di efficienza e qualità (quasi due Paesi diversi piuttosto che due facce di uno stesso Paese), i risultati finali di SaniRegio2 richiamano l'urgenza delle riforme e del completamento del federalismo. Per quest'ultimo, in particolare, l'indicazione di *policy* è quella di tenere il più possibile legate tra loro l'applicazione degli *standard* di spesa calcolati sulle Regioni più virtuose (con sovraspese a pieno carico della Regione che le compie), la riduzione dei *gap* infrastrutturali, l'esplicita responsabilità di mandato e di ufficio per politici e amministratori inadempienti (con decadenza e anche ineleggibilità), l'avvio dell'universalismo selettivo, il consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Sono tasselli necessari per dare coerenza e sicurezza alla fase di transizione, e per gettare basi solide per la *governance* federalista a regime.

Fp e Ncs, Roma, Maggio 2011

Gli autori ringraziano il Dott. Andrea Morescalchi, per il prezioso lavoro di *research assistance* nell'aggiornamento del *database*, lo svolgimento delle stime del modello econometrico, e la realizzazione di una parte delle visualizzazioni grafiche. Ringraziano, inoltre, il Dott. Domenico Gigante, di ReloadLab per l'assistenza informatica.

Introduzione: Sanità e Federalismo

A due anni di distanza dal primo *SaniRegio*, questo *Working Paper* ne propone una nuova versione, aggiornata nel *database* ma soprattutto con alcune variazioni di rilievo nella struttura e nella lettura in chiave di *policy*. L'obiettivo è il *benchmarking* tra i sistemi sanitari regionali per valutarne efficienza di spesa e qualità delle prestazioni. La tecnica generale consiste in un approccio a due stadi, con il primo basato su analisi *panel* ad effetti fissi per la valutazione degli scarti di ciascuna Regione dalla spesa *standard*, e il secondo basato sulla costruzione della frontiera efficiente spesa-qualità.

Nel frattempo, rispetto alla data di pubblicazione del primo *SaniRegio*, il dibattito sulla riorganizzazione federalista della sanità ha compiuto dei faticosi progressi.

È divenuto legge il decreto sugli *standard* di spesa sanitaria (D. Lgs. n. 68 del 6 Maggio 2011 riguardante, più in generale, il nuovo assetto di finanziamento delle Regioni e delle Province); proprio mentre questo *Wp* è chiuso è in discussione lo schema di decreto per la omogeneizzazione dei sistemi contabili di Regioni ed Enti Locali, e il loro allineamento al bilancio dello Stato; e sono in discussione anche lo schema di decreto sulle risorse aggiuntive per la rimozione degli squilibri economico-sociali, e quello sulla responsabilità di mandato e d'ufficio per politici e amministratori che fallissero i *target* su cui si sono impegnati. In attesa di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è il decreto su perequazione infrastrutturale e coesione territoriale. In precedenza, erano stati emanati il decreto legislativo sul cosiddetto federalismo demaniale (D. Lgs. n. 85 del 28 Maggio 2010), quello su Roma Capitale e le Città Metropolitane (D. Lgs. n. 156 del 17 Settembre 2010), e quello sul federalismo municipale (D. Lgs. n. 23 del 14 Marzo 2011)¹.

Il quadro è ancora lontano da una sistemazione definitiva. Lo stesso D. Lgs. n. 68-2011, nella parte sugli *standard* in sanità che direttamente tocca il *benchmarking* di *SaniRegio*, avrà sicuramente bisogno di un impegnativo passaggio regolamentare, per specificare i dettagli operativi e fissare i termini della fase di transizione verso l'applicazione integrale degli *standard*². Tuttavia, rispetto all'uscita di *SaniRegio1*, sono adesso sicuramente più chiari i termini generali con cui la nuova *governance* federalista dovrà funzionare in sanità (a meno di ripensamenti che intervenissero di nuovo sui tasselli di base dell'impianto):

- finanziamento di tipo *top-down*, con Fondo sanitario nazionale programmato a medio termine in coerenza con i vincoli di finanza pubblica, e da ripartirsi tra le Regioni secondo parametri *standard* per la spesa che le Regioni devono fronteggiare;
- *standard* di spesa non microfondati e non espressi in valori assoluti, ma derivati dalle *performance* delle Regioni più virtuose (le Regioni *benchmark*) su macrocapitoli di spesa;
- un ragionevole periodo di transizione durante il quale far passare gradualmente a regime gli *standard*;
- come parte integrante della transizione, un programma di investimenti infrastrutturali per il riassorbimento, o quantomeno la riduzione del *gap* di dotazione di capitale fisico tra territori;
- la responsabilità delle singole Regioni nell'attivare la leva fiscale regionale (o la leva del *copayment*) per coprire ogni sovraspesa rispetto allo *standard*;

¹ Tutta la normazione sta derivando dalla Legge n. 42-2009, la legge delega sul federalismo. Per un quadro aggiornato sull'*iter* del Legislatore, cfr. <http://www.camera.it/292?area=19&Finanza+regionale+e+locale>.

² Gli aspetti critici non si fermano qui. Rilievi di sostanza sono stati mossi dalla Corte dei Conti al decreto sui sistemi contabili (in particolare sull'applicazione dei criteri di redazione dei bilanci: di cassa, finanziari e giuridici). E anche i due decreti sugli interventi speciali, quello sulla perequazione infrastrutturale (avviato in Gazzetta Ufficiale) e quello sulla rimozione degli squilibri economico-sociali, mostrano alcuni punti di debolezza, soprattutto con riferimento al reperimento delle risorse e alla individuazione delle priorità di intervento. La strada per l'attuazione della Legge n. 42-2009 appare ancora lunga.

- a rendere più credibile la responsabilizzazione delle Regioni, formule di decadenza dal mandato politico e dall'ufficio direttivo (formule che, si è detto, sono ancora in pieno dibattito alla data di chiusura del *Wp*).

Nella impostazione che è stata maturata, la nuova uscita di *SaniRegio* aiuta a gettare luce sulle correzioni di spesa corrente che le varie Regioni dovrebbero compiere per allinearsi allo *standard*.

Nello specifico, è da sottolineare la lettura combinata che si può fare dei risultati di *SaniRegio* e di quelli del *benchmarking* interregionale su profili di spesa *pro-capite*, l'altra metodologia di *standardizzazione* sviluppata in CeRM. Il *benchmarking* su profili di spesa effettua una *standardizzazione* molto simile (anche se non identica) a quella che si dovrà impostare in base al D. Lgs. n. 68-2011; e se i *SaniRegio* (1 e 2) ne confermano i risultati, è una controprova (con strumentazione più sofisticata) della razionalità, della coerenza e, se si vuole, anche del buonsenso di ricavare gli *standard* facendo riferimento alle *performance* delle Regioni più virtuose. Una parte del capitolo dedicato alle conclusioni e alle indicazioni di *policy* (il capitolo 8.) approfondisce proprio la lettura combinata dei *SaniRegio* e del *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite*.

Ma c'è un altro aspetto che lega questa seconda *release* di *SaniRegio* all'impostazione che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno dando al federalismo sanitario. Nello spazio cartesiano in cui le Regioni sono disposte per sovrappeso (rispetto allo *standard*) e qualità delle prestazioni³, può trovare una sua efficace esemplificazione l'effetto che ci si attende dalla perequazione infrastrutturale. Ogni Regione avrà il compito di progredire lungo la traiettoria che dalla sua posizione attuale muove verso il *benchmark*, ma i programmi di investimento potranno, nel frattempo, spostare la posizione iniziale della Regione, contribuendo ad avvicinarla al *benchmark*. Spostamenti lungo la traiettoria si potranno combinare a spostamenti della stessa traiettoria. Il buon esito degli investimenti dipende, però, da come sarà completato il disegno del quadro istituzionale e regolatorio del federalismo.

Da questo punto di vista, *SaniRegio2* può esser visto anche come una razionalizzazione della scelta del Legislatore di tenere separati il piano della *standardizzazione* della spesa corrente da quello della perequazione infrastrutturale. Tanto più efficaci sono i programmi di rafforzamento infrastrutturale, tanto più sostenibile e credibile diviene la ampia correzione di spesa che tutte le Regioni del Mezzogiorno e il Lazio devono compiere. Il sostegno in conto capitale è condizione per poter pretendere dalle Regioni il riassorbimento del *gap* di spesa corrente, e per responsabilizzarle appieno nei confronti di qualunque sovrappeso rispetto allo *standard*.

Un'ultima considerazione, prima di entrare nei dettagli del *SaniRegio2*. Il *benchmarking* (sia econometrico che tra profili di spesa *pro-capite*) è costruito su dati di spesa corrente, quella che dovrebbe trovare finanziamento nel Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Fsn propriamente detto. Ma da sempre in Italia il Fsn si incarica di finanziare sia le spese correnti che le spese in conto capitale. Il Fsn di parte capitale, pur formalmente esistente, ha in realtà mantenuto un ruolo marginale, con una capitalizzazione scarsa e anche abbastanza erratica. Tutto il finanziamento annuale è da sempre passato per il Fsn di parte corrente.

Questo implica che, a perequazione infrastrutturale terminata, la distinzione tra parte corrente e parte capitale potrebbe scomparire⁴, e il finanziamento annuale passare per il riparto di un unico Fsn secondo il criterio *top-down* e secondo proporzioni *standard* (codificate *ex-ante* e non frutto di *bargaining* contingente). Con queste risorse, le Regioni dovrebbero provvedere sia alla copertura dei costi vivi della gestione corrente, sia al mantenimento e al rinnovamento delle infrastrutture. Una soluzione che permetterebbe di responsabilizzare le Regioni anche su quegli aspetti di *governance* che riguardano la manutenzione delle strutture, la programmazione del finanziamento del loro rinnovo, l'ottimizzazione della loro collocazione sul territorio e della loro combinazione con le altre prestazioni socio-sanitarie e sociali (i Lep socio-sanitari e i Lep

³ Lo spazio cartesiano sovrappeso-qualità è uno degli output di *SaniRegio*.

⁴ O rimanere soltanto per occasioni straordinarie.

sociali). È questa la scelta probabilmente più capace di valorizzare la sussidiarietà e realizzare una positiva differenziazione dei modelli organizzativi di *welfare* locale, attivando anche una spinta virtuosa alla sperimentazione e alla emulazione delle esperienze migliori. Il capitolo conclusivo propone degli approfondimenti anche su questi temi direttamente consequenziali alle soluzioni di *standardizzazione*.

- PARTE I -

La *standardizzazione* della spesa

1. La base dati

I dati utilizzati per il nuovo esercizio di *standardizzazione* con modello *panel* derivano principalmente da fonte Istat, in particolare dal database “*Health for All*”. Fra le variabili a disposizione sono state selezionate quelle per cui fosse possibile reperire serie storiche sufficientemente lunghe e che permettessero di costruire un *panel* bilanciato sull’intervallo più lungo possibile. Si è riusciti ad allungare di un anno l’orizzonte di *SaniRegio1*, portandolo da 1997-2006 a 1997-2007 (un decennio pieno). Rispetto alla prima *release*, il database appare più completo e copre più anni⁵. La variabile dipendente è la spesa corrente *pro-capite*. Le variabili esplicative sono classificabili in quattro gruppi (non tutte compaiono tra le esplicative delle specificazioni prescelte; *cf. infra*).

PRIMO GRUPPO

Il primo gruppo comprende le variabili rappresentative del contesto socio-economico in grado di influenzare o le condizioni di salute o la domanda di cure istituzionalizzate: Pil *pro-capite* (a prezzi costanti 2000); quota percentuale di occupati nel terziario sul totale degli occupati; tasso di attività femminile; percentuale della popolazione con un titolo universitario; percentuale di anziani soli sul totale della popolazione; percentuale di aborti volontari tra le adolescenti. A queste si aggiungono delle variabili in grado di catturare in modo diretto lo stato di salute della popolazione: numero di ricette *pro-capite*, percentuali sulla popolazione di nuove diagnosi di alcune malattie infettive (epatiti virali, tubercolosi polmonare, Aids) e tumori (tumori maligni in genere e tumori alla mammella). Infine, si utilizzano la prima e la seconda componente principale di un gruppo di variabili *proxy* per l’inquinamento ambientale (alcune oggettive altre soggettive).

SECONDO GRUPPO

Il secondo gruppo di variabili riguarda la struttura demografica: la speranza di vita; le percentuali di popolazione nelle classi di età 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, e 75+; i tassi di mortalità maschile e femminile (numero di decessi per 10.000 abitanti del corrispondente genere). Queste variabili demografiche dovrebbero catturare, tra l’altro, l’effetto dei cosiddetti “*death-related costs*”, considerati in letteratura fra le principali determinanti della spesa. Infatti è stato messo in luce che una quota considerevole della spesa sanitaria ascrivibile ad un individuo si concentra nell’anno antecedente il decesso⁶. Maggiore è la quota di popolazione in età avanzate (sopra i 65 anni), maggiore l’incidenza dei decessi e le spese “*death-related*”.

TERZO GRUPPO

Il terzo gruppo di variabili intende cogliere gli stili di vita della popolazione che incidono sullo stato di salute. Si scelgono le percentuali di consumatori di: verdura almeno una volta al giorno; pesce più di una volta a settimana; carni bovine più di una volta a settimana; formaggio almeno una volta al giorno; alcolici fuori pasto (con assunzione abituale); vino oltre 0,5 litri al giorno; birra oltre 0,5 litri al giorno. A questi *habits* si aggiunge le percentuali di: fumatori, grandi fumatori, persone che fanno abitualmente colazione adeguata al mattino, persone per le quali il pasto principale è la cena. Si tratta delle variabili esplicative dello stato di salute comunemente utilizzate in letteratura.

⁵ *Cfr.* Pammolli F., Papa L., Salerno N. C. (2009), “*La spesa sanitaria pubblica in Italia - Dentro la ‘scatola nera’ delle differenze regionali*”, Quaderno Cerm n. 2-2009.

⁶ Si veda Awg-Ecofin (2006, 2009) e Ocse (2006). Si veda inoltre Raitano (2006) per una rassegna sull’effetto dei *death-related costs* sulla spesa sanitaria.

QUARTO GRUPPO

Il quarto gruppo di variabili si riferisce alla dotazione di capitale fisico e umano a disposizione del Ssn, e che influenza sia la domanda che l'offerta di prestazioni: il tasso di posti letto ospedalieri ordinari e il tasso di posti letto ospedalieri in *day hospital* (n. di posti letto x 10.000 ab.); la quota di medici e odontoiatri sul totale dei dipendenti del Ssn; la quota di personale infermieristico sul totale dei dipendenti del Ssn; la presenza di medici generici, i "gate keeper" del Ssn (n. di medici di medicina generale x 10.000 ab.); il tasso di ambulatori e laboratori per 100.000 abitanti. A integrazione di queste variabili, si aggiunge la prima componente principale della diffusione di un insieme di apparecchiature medicali (n. di apparecchi x milione di ab.)⁷, a costruire un indicatore di dotazione tecnologica⁸.

Nel complesso, l'ampio data set di variabili esplicative consente di tener conto delle principali determinanti della spesa sia lato domanda che lato offerta.

La variabile dipendente, la spesa sanitaria pubblica *pro-capite* di parte corrente e a prezzi costanti (Euro 2000, è quella di fonte Istat, derivante dai bilanci delle Asl e delle Aziende Ospedaliere. Il dato Istat comprende tutte le spese dei sistemi sanitari regionali, quasi integralmente imputabili a livelli essenziali di assistenza (Lea) a meno di voci residuali; dovrebbe, inoltre, ricomprendere appieno l'effetto mobilità passiva e attiva⁹.

La fonte Istat è l'unica che permette di ottenere una serie netta della mobilità sin dal 1995 e per il periodo 1995-2007. Infatti, i dati del Ministero dell'Economia (*Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*) riportano la mobilità solo a partire dal 2001, anche se poi si spingono sino al 2009¹⁰.

Per il calcolo delle grandezze in Euro costanti si utilizza il deflatore del Pil, anche per omogeneità con quanto avviene con l'unica altra variabile economica considerata nella stima, per la quale si pone la trasformazione da Euro nominali ad Euro 2000: il Pil *pro-capite*¹¹.

Nelle *Tavole 1a/e* si riportano alcune statistiche descrittive di base riguardanti al variabile dipendente, sia aggregata che *pro-capite*.

⁷ In un primo caso, la componente principale di riferisce ad un set di sei apparecchiature: tomografi a risonanza magnetica, ecotomografi, tac, acceleratori lineari, apparecchi per emodialisi, gamma camere computerizzate. In un secondo caso, la componente principale si riferisce solo alle prime due apparecchiature (tomografi a risonanza magnetica, ecotomografi).

⁸ Come la letteratura economica testimonia, dall'avanzamento scientifico-tecnologico ci si attende, nei prossimi decenni, l'impatto più forte sulla dinamica della spesa; cfr. Pammolli-Salerno (2009).

⁹ Cfr. Guerrucci D. (2003), *"La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale"*, WP Siep. Su di un piano formale, i bilanci di Asl e Ao dovrebbero rispondere a criteri di contabilità industriale e riportare dati di competenza, inclusi quelli derivanti dalla mobilità. In realtà, per i ben noti problemi di organizzazione e sistematizzazione dell'impianto contabile di Asl e Ao, i bilanci non hanno ancora una piena natura di competenza. Sul punto, cfr. Persiani N. (2006), *"Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le "microfondazioni" del federalismo"*, Nota Cerm n. 12-2006, con introduzione e conclusioni di policy di F. Pammolli e N. C. Salerno.

¹⁰ Quelli del Ministero dell'Economia sono, inoltre, dati di cassa (sintesi di tutti i pagamenti effettuati e di tutti gli incassi ricevuti dalle Asl e dalle Ao in ogni anno). Cfr. Guerrucci (2003), *cit.*.

¹¹ Si sarebbe potuto utilizzare anche l'indice dei prezzi al consumo. Fintantoché il passaggio all'anno base avviene con riferimento a un deflatore unico per tutte le Regioni, le differenze percentuali di spesa *pro-capite* tra Regioni non sono influenzate dalla scelta del deflatore. La scelta del deflatore unico appare la più opportuna, perché le risorse che le Regioni dedicano alla sanità sono necessarie all'acquisto di beni che non necessariamente sono prodotti *in loco*, e di servizi e prestazioni professionali i cui prezzi e le cui remunerazioni non derivano da equilibri di mercato regionale/locale (si pensi, in primo luogo, alla spesa per il personale). Inoltre, utilizzando un unico deflatore, la trasformazione delle grandezze dal nominale al reale (all'anno base) considera che il costo-opportunità delle Regioni, nel dedicare risorse alla sanità, si commisura rispetto a spese alternative non necessariamente rivolte a beni, servizi e attività professionali prodotti/offerti *in loco*. La scelta del deflatore del Pil, piuttosto che dell'indice dei prezzi al consumo, è suggerita dal fatto che è questo il deflatore che sarebbe opportuno utilizzare anche per le fonti di finanziamento della spesa sanitaria, consistenti nel gettito di basi imponibili notoriamente correlate al Pil. Infine, dato che il finanziamento al Ssn prevede significativi flussi di redistribuzione interregionale, appare corretto applicare a tutte le Regioni un unico deflatore, quello del Pil nazionale.

La *Tavola 1a* descrive la spesa sanitaria corrente aggregata per gli anni 2008 e 2009. Per disporre dei valori, la fonte è quella della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (Rgsep). Le Tavole SA.3 e SA.4 di Rgesp riportano i costi complessivi sostenuti dai Ssr, al netto della mobilità tra Regioni e verso Bambin Gesù e Smom. Oltre il 98% di tali costi riguardano prestazioni ricadenti nelle funzioni assistenziali (come emerge confrontando Tavola SA.2 con Tavola SA.3). I risultati di gestione derivano dalla differenza tra i costi e le entrate, queste ultime composte dalle risorse affluite con il riparto del Fsn e dalle eventuali risorse proprie regionali (stanziamenti programmati dal bilancio regionale e compartecipazioni dei cittadini lì dove esistenti)¹². Tra i disavanzi di gestione, “spiccano” quelli del Lazio, della Campania, della Puglia e della Sicilia. La mobilità rimane tutto sommato contenuta rispetto alla spesa complessiva. Quella in uscita è concentrata nel Mezzogiorno per un controvalore complessivo di circa 1 miliardo di Euro/anno, inclusivo dei movimenti verso Bambin Gesù e Smom. Quella in entrata si muove soprattutto verso la Lombardia (oltre 445 milioni di Euro/anno), l’Emilia Romagna (oltre 337 milioni), e la Toscana (oltre 102 milioni).

La *Tavola 1b* ripropone gli stessi dati della *1a* in termini *pro-capite*. Qui si staccano significativamente dalla media Italia i valori di due Regioni: la Valle d’Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano, che hanno scarti dalla media superiori al 14%. Anche la Provincia Autonoma di Trento, la Liguria, il Molise e il Lazio hanno scarti positivi dalla media superiori al 4%. All’opposto ci sono la Sicilia, con uno scarto negativo di oltre il 10%, la Lombardia, quasi un -10%, e l’Umbria, oltre il -6%.

La *Tavola 1c* si concentra sull’orizzonte temporale analizzabile con il modello *SaniRegio*. Essa riporta la spesa *pro-capite* di parte corrente delle Regioni, in Euro costanti del 2000 e come media sul periodo 1997-2007. Si evidenziano, in particolare, i dati di spesa media di Lombardia, Umbria, Veneto e Marche, che si collocano sotto la media italiana anche se, come emergerà nel prosieguo dell’analisi, queste Regioni offrono prestazioni di qualità significativamente superiori alla media. All’opposto, al di sopra della media, i dati di Valle d’Aosta, Trentino Alto Adige, Lazio e Molise.

La tavola riporta anche il valore medio, per ogni Regione, dei tassi di crescita (reali) annuali registrati su tutto il periodo. In tutte le Regioni del Sud e Isole il tasso di crescita medio è stato, nel decennio 1997-2007, superiore alla media italiana, mentre nelle restanti Regioni, ad eccezione del Lazio, è stato inferiore.

La dispersione dei livelli delle spese *pro-capite* corrisponde ad effettive differenze nei fabbisogni? O nasconde inefficienze e sovrappeso? In particolare, come si combina con la diversa struttura per età della popolazione regionale, che è fra le variabili esplicative del modello *SaniRegio*? La più forte dinamica di spesa *pro-capite* fatta registrare dalle Regioni del Sud e Isole trova spiegazione nei fondamentali regionali che incidono sul comparto della sanità? Alla più forte dinamica ha corrisposto un miglioramento della qualità delle prestazioni? Viceversa, per le Regioni che hanno fatto registrare la dinamica più controllata (Emilia Romagna, Valle d’Aosta, Liguria, Marche, Veneto), si può affermare che questo è stato il frutto di una *governance* attenta all’efficienza, senza ricadute sulla qualità? Come si riflette sulla *governance* sanitaria la distinzione tra Regioni a statuto semplice e Regioni a statuto ordinario?

I risultati di questa seconda *release* di *SaniRegio* offriranno molteplici spunti per rispondere a questi interrogativi. E sarà interessante anche confrontare i risultati di questa *release* con quelli della prima edizione di *SaniRegio*, ma anche con i risultati del *benchmarking* interregionale su profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, l’altro approccio sviluppato da CeRM (*cf. infra*).

¹² Le fonti di entrata (ricavo) riportate in Rgsep sono: “Irap”, “Addizionale Irpef”, “”, “Iva”, “Accise”, “Trasferimenti da Pubblico e Privato”, “Entrate proprie”, “Entrate straordinarie”.

Tavola 1/a - La spesa sanitaria pubblica di parte corrente delle Regioni: quadro anni 2008 e 2009; migliaia di Euro correnti e tassi di crescita

Regioni nell'ordine di classificazione utilizzato in Rgsep	spesa totale 2008 al netto della mobilità (Euro/000)	spesa totale 2009 al netto della mobilità (Euro/000)	tasso di crescita 2009-2008 (%)	flussi di mobilità verso/da altri Ssr (- uscita, + ingresso; Euro/000)	risultato di gestione del Ssr per il 2008 (Euro/000)	risultato di gestione del Ssr per il 2009 (Euro/000)
● Piemonte	8.274.286	8.522.707	3,00%	-3.056	5.454	17.261
● Valle d'Aosta	278.862	284.311	1,95%	-14.296	-12.723	-16.887
● Lombardia	16.528.098	16.960.357	2,62%	445.735	4.131	25.670
● Prov. Aut. di Bolzano	1.110.432	1.109.253	-0,11%	5.616	15.293	13.550
● Prov. Aut. di Trento	1.028.771	1.079.192	4,90%	-14.824	-10.237	-8.624
● Veneto	8.540.650	8.817.601	3,24%	97.081	67.616	-101.425
● Friuli-Venezia Giulia	2.344.665	2.431.381	3,70%	20.569	21.784	9.297
○ Liguria	3.246.563	3.329.996	2,57%	-20.136	-110.117	-99.553
● Emilia-Romagna	7.816.192	8.101.115	3,65%	337.507	26.501	39.000
● Toscana	6.775.756	6.938.500	2,40%	102.274	-3.360	13.761
● Umbria	1.568.820	1.610.768	2,67%	15.316	8.523	13.325
● Marche	2.719.452	2.837.457	4,34%	-38.189	36.806	14.959
● Lazio ●	11.216.410	11.235.677	0,17%	44.919	-1.664.515	-1.371.728
● Abruzzo ●	2.423.754	2.437.813	0,58%	-29.640	-123.498	-48.907
● Molise ●	629.949	647.486	2,78%	28.514	-70.438	-72.294
● Campania ●	10.520.221	10.476.600	-0,41%	-289.258	-814.758	-725.099
● Puglia	7.359.582	7.362.098	0,03%	-159.771	-358.167	-292.355
● Basilicata	1.066.344	1.078.244	1,12%	-39.673	-29.150	-21.817
● Calabria ●	3.649.407	3.728.862	2,18%	-227.723	-65.438	-222.378
● Sicilia	8.585.254	8.718.556	1,55%	-198.884	-261.591	-232.681
● Sardegna	3.005.453	3.112.487	3,56%	-62.082	-130.788	-193.079
ITALIA	108.688.921	110.820.461	1,96%	-	-3.468.672	-3.260.004

fonte: elaborazioni CeRM su dati Rgsep, Tavola SA.3 e Tavola SA.4 (cfr. legenda pagina successiva)

**mobilità in uscita dal Mezzogiorno =
979 milioni di Euro / anno, oltre 1 miliardo
se si includono Bambin Gesù e Smom**

Tavola 1/b - La spesa sanitaria pubblica *pro-capite* di parte corrente delle Regioni: quadro anni 2008 e 2009; Euro correnti

Regioni in ordine di scarto negativo della spesa <i>pro-capite</i> rispetto alla media Italia 2009	spesa <i>pro-capite</i> 2008 (al netto della mobilità)	spesa <i>pro-capite</i> 2009 (al netto della mobilità)	differenza % rispetto alla media Italia 2009
● Sicilia	1.707	1.731	-10,38%
Lombardia	1.714	1.741	-9,73%
Umbria	1.774	1.801	-6,05%
● Campania ●	1.810	1.802	-5,99%
● Puglia	1.805	1.805	-5,85%
Veneto	1.767	1.805	-5,84%
Marche	1.751	1.808	-5,67%
Basilicata	1.804	1.826	-4,63%
● Abruzzo ●	1.831	1.827	-4,58%
● Calabria ●	1.818	1.856	-2,90%
● Sardegna	1.804	1.863	-2,55%
Emilia-Romagna	1.828	1.867	-2,29%
Toscana	1.843	1.871	-2,08%
● Piemonte	1.880	1.923	0,65%
Friuli Venezia Giulia	1.919	1.975	3,29%
● Lazio ●	2.017	1.997	4,34%
● Molise ●	1.963	2.018	5,36%
○ Liguria	2.017	2.062	7,35%
Prov. Aut. di Trento	2.004	2.076	7,99%
Prov. Aut. di Bolzano	2.248	2.224	14,09%
Valle d'Aosta	2.214	2.238	14,63%
ITALIA	1.882	1.910	1,51%

	Sud (Sud e Mezzogiorno sono utilizzati come sinonimi, identificando le Regioni qui segnate in giallo)
	Centro
	Nord
●	attualmente coinvolta da piano di rientro
○	dovrebbe aver concluso il piano di rientro
●	Regione con commissario <i>ad acta</i> per Ssr

fonte: elaborazioni CeRM su dati Rgsep Tavola SA.3 e Tavola SA.4 (cfr. pagina 16 e nota in calce n. 9)

NOTA: Per dettagli sullo strumento dei piani di rientro, cfr.

<http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/paginaInternaProgrammazioneSanitariaELea.jsp?menu=piani&id=1581&lingua=italiano>

Tavola 1/c - Quadro del periodo coperto nel database del panel
La spesa sanitaria pubblica *pro-capite* di parte corrente delle Regioni:
media 1997-2007 e tasso di crescita medio annuo; valori in Euro costanti 2000

Regioni in ordine di scarto negativo della spesa <i>pro-capite</i> rispetto alla media Italia	spesa <i>pro-capite</i> media su 1997-2007 (in Euro 2000)	differenza % rispetto alla media Italia	tasso di crescita medio annuo (%)
Basilicata	1.149	-8,7	4,3
● Puglia	1.170	-7,1	3,8
● Sicilia	1.177	-6,5	5,3
● Calabria ●	1.190	-5,5	4,8
Lombardia	1.221	-3,0	3,1
Veneto	1.230	-2,3	2,3
● Campania ●	1.231	-2,2	3,5
Marche	1.244	-1,2	2,3
● Sardegna	1.246	-1,0	3,3
● Piemonte	1.267	0,6	3,4
Toscana	1.268	0,7	2,6
Umbria	1.277	1,4	2,4
● Abruzzo ●	1.282	1,8	3,8
Friuli Venezia Giulia	1.282	1,8	2,8
Emilia Romagna	1.311	4,1	1,9
● Molise ●	1.334	5,9	5,2
● Lazio ●	1.415	12,4	4,0
○ Liguria	1.437	14,1	2,2
Trentino Alto Adige	1.453	15,4	2,8
Valle d'Aosta	1.465	16,4	2,1
ITALIA	1.259		3,3

	Sud (Sud e Mezzogiorno sono utilizzati come sinonimi, identificando le Regioni qui segnate in giallo)
	Centro
	Nord
●	Regione con commissario <i>ad acta</i> per Ssr
○	attualmente coinvolta da piano di rientro
○	dovrebbe aver concluso il piano di rientro

fonte: elaborazioni CeRM su dati Istat (la definizione di spesa è quella Istat; cfr. pagina 16 e nota in calce n. 9)

Tavola 1/d - Quota degli ultra 65enni, ultra 75enni, ultra 85enni e ultra 95enni nel 2010 - % popolazione residente regionale

Regioni nell'ordine di maggior quota di <i>ultra 65enni</i> nel 2010	<i>ultra 65</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 75</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 85</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 95</i> % cittadini residenti in Regione
Liguria	25,54%	12,56%	3,79%	0,23%
Toscana	22,12%	10,82%	3,31%	0,19%
Umbria	22,00%	10,95%	3,29%	0,16%
Friuli Venezia Giulia	21,93%	10,34%	3,35%	0,22%
Piemonte	21,57%	10,01%	2,81%	0,17%
Emilia-Romagna	21,39%	10,46%	3,25%	0,19%
Marche	21,38%	10,56%	3,18%	0,17%
Molise	20,98%	10,55%	3,09%	0,19%
Abruzzo	20,24%	9,99%	2,93%	0,16%
Valle d'Aosta	19,62%	9,07%	2,56%	0,13%
Basilicata	19,26%	9,25%	2,47%	0,13%
Lombardia	18,89%	8,38%	2,32%	0,13%
Lazio	18,59%	8,41%	2,33%	0,15%
Veneto	18,55%	8,57%	2,51%	0,15%
Prov. Aut. di Trento	18,09%	8,73%	2,72%	0,19%
Calabria	17,74%	8,43%	2,29%	0,13%
Sardegna	17,63%	7,83%	2,16%	0,12%
Sicilia	17,40%	8,15%	2,17%	0,11%
Puglia	17,06%	7,80%	2,09%	0,11%
Prov. Aut. di Bolzano	16,43%	7,41%	2,10%	0,12%
Campania	14,97%	6,77%	1,72%	0,09%
NORD	20,22%	9,50%	2,82%	0,17%
CENTRO	21,02%	10,19%	3,03%	0,17%
SUD	18,16%	8,60%	2,37%	0,13%
ITALIA	19,08%	8,89%	2,53%	0,15%

fonte: elaborazioni CeRM su dati Istat (<http://demo.istat.it/pop2009/index.html>)

Tavola 1/e - Quota degli ultra 65enni, ultra 75enni, ultra 85enni e ultra 95enni nel 2050 - % popolazione residente regionale

Regioni nell'ordine di maggior quota di <i>ultra 65enni</i> nel 2050	<i>ultra 65</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 75</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 85</i> % cittadini residenti in Regione	<i>ultra 95</i> % cittadini residenti in Regione
Sardegna	37,79%	23,24%	8,71%	1,27%
Basilicata	37,03%	22,52%	8,11%	0,72%
Puglia	36,70%	22,07%	8,01%	1,09%
Calabria	35,96%	21,34%	7,78%	0,96%
Molise	34,75%	20,92%	7,66%	0,95%
Sicilia	34,15%	20,34%	7,14%	0,85%
Liguria	33,94%	21,54%	8,01%	1,14%
Abruzzo	33,52%	20,01%	7,06%	0,85%
Campania	32,37%	19,24%	6,95%	1,01%
Toscana	32,27%	19,62%	6,89%	0,89%
Lazio	31,90%	19,15%	6,84%	0,92%
Marche	31,47%	18,77%	6,71%	0,84%
Friuli Venezia Giulia	31,39%	19,14%	6,90%	1,01%
Valle d'Aosta	31,27%	18,84%	6,51%	0,84%
Umbria	31,18%	18,57%	6,56%	0,77%
Piemonte	31,09%	18,70%	6,56%	0,88%
Emilia-Romagna	30,14%	18,19%	6,40%	0,88%
Veneto	29,98%	18,10%	6,43%	0,87%
Prov. Aut. di Bolzano	29,37%	17,81%	6,00%	0,64%
Lombardia	29,14%	17,56%	6,10%	0,82%
Prov. Aut. di Trento	28,82%	17,32%	6,26%	0,93%
NORD	30,57%	18,58%	6,57%	0,89%
CENTRO	31,71%	19,03%	6,75%	0,86%
SUD	35,28%	21,21%	7,68%	0,96%
ITALIA	31,79%	19,15%	6,80%	0,91%

fonte: elaborazioni CeRM su dati Istat – scenario centrale (<http://demo.istat.it/pop2009/index.html>)

Le differenze nelle spese *pro-capite* possono essere lette in controtelaio alla struttura per età della popolazione. L'età non è certamente l'unica variabile esplicativa dei livelli della spesa¹³, ma l'analisi dei profili di spesa per fasce di età (dati del Ministero della Salute) mostra come oltre l'80% della spesa ospedaliera si concentri al di sopra dei 65 anni, e così pure oltre il 50% della spesa per diagnostica-specialistica, e oltre il 70% della spesa farmaceutica territoriale convenzionata ("A"). La spesa per le non autosufficienze, ancora molto poco osservata in Italia vista la scarsa copertura di questo capitolo, si concentra quasi tutta al di sopra dei 75-80 anni.

Se le *Tavole 1b/c* descrivono una spesa *pro-capite* sotto la media per le Regioni del Mezzogiorno e per lo più sopra la media per il Centro-Nord, questo non può non essere messo in relazione con la più giovane struttura demografica del Mezzogiorno, così come colta alla *Tavola 1/d*, dove compaiono le attuali quote dei cittadini residenti. Tenuto conto della diversa struttura demografica e delle differenze nelle altre variabili esplicative considerate in *SaniRegio*, dietro gli andamenti delle spese *pro-capite* delle Regioni c'è una *governance* efficiente? Quelle spese si traducono in prestazioni adeguate e di qualità?

Queste due domande, a cui *SaniRegio2* aiuterà a rispondere, appaiono tanto più importanti se si osservano i dati della *Tavola 1/e*. Nei prossimi cinquant'anni, il Mezzogiorno invecchierà più del Centro-Nord e, in una Italia tutta mediamente più anziana, ospiterà una quota significativamente maggiore di *ultra 65enni*. Le quote degli *ultra 65enni* saranno comprese tra il 37,8% della Sardegna e il 28,8% della Provincia Autonoma di Trento. La media sarà superiore al 35% nel Mezzogiorno, contro quote del resto di Italia del 30-31%. Invecchierà di più la parte del Paese più debole economicamente e meno autosufficiente nella capacità di gettito. È essenziale gettare adesso le basi di una nuova e migliore *governance* dei Ssr, per prepararsi per tempo a fronteggiare un fabbisogno crescente e un trade-off sempre più complesso tra risorse disponibili e attese di prestazioni da parte dei cittadini.

Nel prosieguo, ai fini della classificazione territoriale:

Sud = **Mezzogiorno** (8) = Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia

Centro (4) = Lazio, Marche, Toscana, Umbria

Nord (8) = Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Trentino Alto Adige

¹³ Sia nelle valutazioni *ex-post* (nelle analisi sui fattori esplicativi che hanno originato spesa) sia, soprattutto, nelle proiezioni di spesa su archi di tempo medio-lunghi. Non è questo il momento per entrare nel dettaglio di questioni metodologiche (ce ne sarà sicuramente modo nel prosieguo degli studi CeRM su sanità e federalismo). Tuttavia, è utile sottolineare un punto importante per una lettura attenta di tutti i lavori di *benchmarking* sulla spesa sanitaria. Un conto è l'analisi della più o meno elevata rilevanza delle variabili esplicative nel determinare la spesa (il compito che svolge *SaniRegio*), altro conto è porsi il problema di quali variabili considerare in sede di assegnazione ai Ssr delle risorse finanziarie (il riparto del Fondo sanitario nazionale). Ci possono essere variabili esplicative il cui impatto, pur significativo, non è ovvio vada considerato in sede di riparto, perché non è ovvio se lo stesso impatto vada "accomodato" (interamente o in parte) ai fini del finanziamento. Per fare alcuni esempi: incidenze patologiche anomale che sono il portato anche della cattiva *governance* del sistema sanitario e socio-sanitario locale; piuttosto che stili di vita e abitudini alimentari dannosi per la salute propria e delle persone prossime; oppure, condizioni ambientali che sicuramente incidono sulla salute, ma che hanno una derivazione endogena dai criteri di governo regionale e locale.

2. Metodologia di stima

Si adotta la metodologia del *panel* a effetti fissi¹⁴ (come nella prima *release*). La variabile dipendente è la spesa sanitaria pubblica di parte corrente *pro-capite* e a prezzi costanti (2000). La metodologia *panel* a effetti fissi risulta particolarmente appropriata in un'analisi di questo tipo, in cui è alta la probabilità che esistano legami endogeni tra le variabili esplicative¹⁵. Le stime dei parametri di una regressione *panel* a effetti fissi risultano, infatti, godere di proprietà statistiche positive quando sono presenti delle variabili endogene nella specificazione¹⁶.

Il campione utilizzato per la stima è costituito da 220 osservazioni, ossia 11 osservazioni annuali (1997-2007) per 20 Regioni.

Il modello da stimare è descritto dalla seguente equazione:

$$y_{it} = a + x_{it}b + \mu_i + \lambda_t + v_{it}, \quad [1]$$

dove:

— y_{it} è la spesa *pro-capite* della Regione i nell'anno t ;

¹⁴ In una analisi *panel* l'errore stocastico può essere scomposto in: $u_{it} = \mu_i + \lambda_t + v_{it}$, dove μ_i rappresenta un effetto specifico individuale, la cosiddetta "unobserved heterogeneity", λ_t un effetto specifico temporale e v_{it} è la variabile stocastica d'errore propriamente detta. Nell'approccio tradizionale ai *panel* μ_i è chiamato o "random effect", quando viene considerato come variabile casuale; o "fixed effect", quando viene trattato come un parametro, da stimare per ciascuna unità sezionale (in questo caso per ogni Regione), e deputato a cogliere un aspetto di struttura che differenzia ciascuna unità sezionale dalle altre. Tuttavia, la differenza sostanziale fra i due approcci ("random effect" vs. "fixed effect") consiste nell'ipotesi sulla correlazione fra μ_i e le variabili esplicative incluse nel modello: nel metodo a effetti casuali, l'ipotesi è di assenza di correlazione (μ_i è un errore privo di qualunque collegamento che possa migliorarne la prevedibilità); nel metodo a effetti fissi, μ_i può anche essere correlato con le variabili esplicative. L'inclusione dell'effetto temporale λ_t è utile come regressore di controllo, per cogliere variazioni annuali comuni a tutte le Regioni (ad esempio effetti di cambiamenti del quadro normativo nazionale, come in Italia si sono succeduti frequentemente negli ultimi dieci-quindici anni nella cornice del Patto Interno di Stabilità).

¹⁵ Tecnicamente, una variabile si dice endogena (in senso econometrico) quando presenta una correlazione con il termine di disturbo stocastico; come conseguenza, si perdono alcune proprietà statistiche delle stime dei parametri della regressione. Una delle cause tipiche di endogenità è l'omissione di una variabile esplicative quando questa è rilevante nello spiegare la variabile dipendente e, nel contempo, correlata con almeno una delle altre variabile esplicative incluse. In tal caso, l'effetto della variabile omessa si scarica sull'errore stocastico, cosicché la variabile esplicative inclusa, correlata alla variabile esplicative omessa, diventa endogena. In presenza di endogenità il metodo a effetti fissi risulta più appropriato, perché riesce a mantenere la proprietà di consistenza delle stime che il metodo ad effetti variabili invece perde. Quando non esistono problemi di endogenità, gli effetti variabili diventano preferibili.

¹⁶ In una analisi come questa è difficile tener conto di tutte le differenze strutturali fra Regioni in grado di generare differenze nella spesa, specialmente perché molte di queste differenze strutturali sono per loro natura non direttamente osservabili e non condensabili in uno o più indicatori. Si pensi, a tale proposito, proprio al diverso grado di efficienza complessiva delle Regioni, un concetto astratto, che poi trova declinazione nei vari comparti di intervento pubblico inclusa la sanità, e che è difficile tradurre in termini quantitativi (vi concorrono aspetti quali la legalità, il senso civico, l'onesta degli amministratori, il portato storico-culturale, etc.). Nella rara ipotesi in cui il livello di efficienza regionale non presenti nessuna forma di correlazione con nessuna delle variabili esplicative, le stime dei parametri risultano consistenti; ma, in presenza di una qualche correlazione, inevitabilmente si crea una condizione di endogenità tra le variabili esplicative considerate e il termine di errore (cfr. nota in calce precedente). Questo significa che, almeno in applicazioni *panel* come quella che qui si sta facendo, un certo grado di endogenità è inevitabile, e la scelta degli effetti fissi sempre quella più adeguata. Per restare all'esempio fatto, non potendo cogliere *in toto* l'aspetto dell'efficienza complessiva regionale, se si adotta il metodo ad effetti variabili, l'impatto stimato delle variabili esplicative inserite nella specificazione verrebbe a mescolarsi all'impatto dell'efficienza (la variabile esplicative omessa o non colta appieno); con la conseguenza che non sarebbe più possibile identificare l'impatto proprio riconducibile esclusivamente alle variabili esplicative. Ad esempio, le Regioni a maggiore efficienza potrebbero essere anche quelle dotate di maggiore livello di offerta; se così fosse, l'effetto stimato di una variabile d'offerta, presumibilmente positivo sulla spesa, verrebbe sottostimato in quanto a maggiore offerta si assocerebbe anche maggiore efficienza, quest'ultima ad effetto negativo sulla spesa. Il metodo ad effetti fissi, poiché per definizione condensa nella variabile da stimare μ_i tutte le possibili fonti di differenziazione strutturale, evita alla radice il problema della endogenità, della confusione tra gli impatti delle variabili incluse e omesse, e della distorsione (sottostima o sovrastima) dei coefficienti di impatto.

- \mathbf{a} e \mathbf{b} , rispettivamente il termine costante ed il vettore che raccoglie i parametri di ogni variabile esplicativa. Si tratta dei parametri che descrivono la relazione strutturale comune a tutte le Regioni (si veda riquadro azzurro);
- \mathbf{x}_{it} è la matrice delle variabili esplicative;
- $\boldsymbol{\mu}_i$ è l'effetto fisso *Region-specific* e *time-invariant* che coglie di quanto la spesa di ogni Regione si discosta dalla relazione strutturale media comune a tutte le Regioni;
- $\boldsymbol{\lambda}_t$ è la *variabile time-specific* e *Region-invariant*, attivata da *dummies* temporali. Questa variabile è utile a depurare la relazione strutturale comune a tutte le Regioni da variazioni congiunturali anch'esse comuni a tutte le Regioni;
- infine, \mathbf{v}_{it} è la variabile stocastica d'errore.

In questo modo:

- la parte principale della forma funzionale (quella *pre* effetto individuale, temporale e di errore) permette di identificare la relazione media che, nel complesso delle Regioni, si stabilisce tra la spesa *pro-capite* e le variabili esplicative;
- le differenze strutturali (stabili nel tempo) tra Regioni, non identificate dalle variabili esplicative, sono colte dagli effetti fissi;
- le *dummies* temporali riflettono le variazioni annuali della spesa provocate da *shock* esogeni simmetrici, che colpiscono tutte le Regioni allo stesso modo, come per esempio può accadere con l'adozione di provvedimenti normativi a livello nazionale.

L'applicazione del metodo *panel* all'equazione [1] consente di ottenere stime dei parametri \mathbf{a} e \mathbf{b} della relazione strutturale, nonché stime degli effetti fissi $\boldsymbol{\mu}_i$ e degli effetti temporali $\boldsymbol{\lambda}_t$. La procedura *panel* opera un calcolo dell'effetto medio di ciascuna variabile esplicativa nel tempo e fra le Regioni; questo effetto medio è riassunto negli elementi del vettore \mathbf{b} .

Grazie alle stime dei parametri \mathbf{a} (scalare) e \mathbf{b} (vettore) e degli effetti delle *dummies* temporali $\boldsymbol{\lambda}_t$ (vettore) è possibile ottenere una stima della spesa sanitaria *pro-capite* relativa ad un generico anno t che può essere direttamente imputata alle variabili esplicative incluse nella matrice \mathbf{x}_{it} . Questa stima di spesa può essere adottata come *standard* perché presuppone che ciascuna variabile esplicativa della spesa abbia sulla stessa il medesimo impatto in tutte le Regioni. Presuppone, in altri termini, che le Regioni condividano gli stessi coefficienti di impatto stimati dal *panel*. Questi coefficienti sono, per procedura di stima, medi sull'universo regionale e, in questo senso, *standardizzati*.

Ovviamente, la spesa sanitaria effettivamente osservata in ogni Regione può essere maggiore o minore del valore stimato, poiché comprende anche l'effetto di tutti i fattori *Region-specific* non coperti dalle variabili esplicative. La stima dell'effetto fisso fornisce una misura di questo scostamento tra da un lato la spesa stimata o *standard* e, dall'altro, la spesa effettiva. Calcolando poi la differenza fra l'effetto fisso di ciascuna Regione e l'effetto fisso minimo risultante tra tutte le Regioni, si ottiene una misura della spesa evitabile o dell'inefficienza (si veda il *Box 1* alla pagina seguente).

La stima del modello è complicata dalla qualità dei dati. Il numero di osservazioni è basso e le variabili presentano una sufficiente variabilità fra Regioni ma una scarsa variabilità temporale. Le variabili esplicative, infatti, si riferiscono ad aspetti strutturali che si caratterizzano diversamente da Regione a Regione ma che, per definizione, restano pressoché costanti nel tempo all'interno di ogni Regione. In particolare, la variabilità nel tempo è significativamente inferiore rispetto a quella rilevabile a livello Paese nei confronti internazionali¹⁷. Questa conformazione del *database* incide sugli *standard error* delle stime, tenendo generalmente bassa la significatività dei coefficienti. Si tratta di un problema comune a tutte le applicazioni *panel* su serie storiche di lunghezza limitata e con bassa variabilità osservata nel tempo.

¹⁷ A titolo di esempio, abbiamo confrontato il database di *SaniRegio* con i dati relativi a dodici Paesi europei nel periodo 1995-2004 (fonte: "Health for All Europe", <http://www.euro.who.int/HFADB>). A livello internazionale, i coefficienti di variazione nel tempo sono, in generale, molto più elevati di quelli che caratterizzano le variabili nel *database* di *SaniRegio*.

Box 1 - Che cos'è la sovraspesa?

La stima dell'effetto fisso della i -esima Regione si ricava dalla equazione [1].

Indicando con:

\bar{y}_i . la media nel tempo della spesa relativa alla

\bar{y} . la media di \bar{y}_i . su tutte le Regioni (che non è altro che la media di y su tutto il campione),

\bar{x}_i . il vettore con le medie nel tempo di tutti i regressori relativi alla i -esima Regione,

\bar{x} . il vettore con le medie su tutte le Regioni e nel tempo di tutti i regressori

la stima dell'effetto fisso può essere scritta in questo modo:

$$\hat{\mu}_i = (\bar{y}_i - \bar{y}..) - (\bar{x}_i - \bar{x}..) \hat{b} \quad [2]$$

Dalla equazione [2] emerge che l'effetto fisso può essere scomposto in due elementi:

- il primo è dato dalla differenza fra la media temporale della spesa osservata nella Regione i -esima e la media temporale della spesa osservata in tutte le Regioni;
- il secondo è dato dalla differenza fra il vettore delle medie temporali delle variabili esplicative della Regione i -esima e il vettore delle medie temporali delle variabili esplicative di tutte le Regioni, con questa differenza che è valorizzata attraverso il vettore delle stime dei coefficienti di impatto di ciascuna esplicativa sulla spesa.

L'effetto fisso, che può essere positivo o negativo. La somma algebrica degli effetti fissi è per costruzione pari a zero.

La sovraspesa della Regione i -esima si ottiene sottraendo dall'effetto fisso della stessa Regione i -esima l'effetto fisso minimo riscontrabile su tutte le Regioni, che anche in questa seconda *release* di *SaniRegio* quello del Friuli Venezia Giulia:

$$\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG} = (\bar{y}_i - \bar{y}_{FVG}) - (\bar{x}_i - \bar{x}_{FVG}) \hat{b}, \quad [3]$$

con la [3] ricavata direttamente dalla differenza tra la [2] della Regione i -esima e la [2] del Friuli Venezia Giulia.

In base alla [3], la sovraspesa della Regione i -esima è interpretabile attraverso le sue due componenti:

- la differenza fra la media temporale della spesa osservata nella Regione i -esima e quella osservata nel Friuli Venezia Giulia;
- la differenza tra gli impatti che nelle due Regioni hanno le variabili esplicative, quando valorizzate secondo i coefficienti medi stimati dal *panel*.

L'equazione [3] può essere anche letta come scomposizione della differenza tra le medie temporali delle spese osservate nelle Regioni i e j . Con un semplice spostamento di termini si ottiene infatti:

$$(\bar{y}_i - \bar{y}_j) = (\bar{x}_i - \bar{x}_j) \hat{b} + (\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_j), \quad [4]$$

in cui la differenza di spesa media si scompone in quota riconducibile alla differenza di impatto delle variabili esplicative valorizzate secondo i coefficienti stimati dal *panel*, e quota riconducibile alla differenza tra effetti fissi (*i.e.* alla differenza tra livelli di efficienza).

3. Specificazione del modello e risultati

Nella scelta della specificazione più appropriata si segue un approccio dal generale allo specifico che consente di individuare il *set* di variabili maggiormente significative.

In *Tavola 2* sono riportate le variabili esplicative effettivamente incluse nel *panel*. In *Tavola 3* sono riportati i risultati delle stime *panel* di quattro differenti specificazioni del modello. Delle quattro, la terza mostra le proprietà relativamente migliori intermini di significatività complessiva delle variabili esplicative, *fitting* dell'intera regressione, capacità di catturare le diverse fonti di differenziazione regionale.

Entrando nel dettaglio dei risultati, è utile presentare inizialmente due modelli che tengono conto solo di variabili dal lato della domanda: socio-economiche, di struttura demografica, degli stili di vita. Si tratta del *modello1* e del *modello 2* in *Tavola 2*. Questi due modelli differiscono fra loro in quanto nel primo sono omesse le tre variabili che non risultano significative nel secondo: *polfac1*, *tmm*, *rpc*.

Prescindendo per adesso dalle stime relative alle altre variabili, è interessante sottolineare che l'inclusione di queste tre variabili, ancorché non significative, migliora la qualità complessiva della stima sotto alcuni punti di vista. In primo luogo, si registra una crescita sia nella varianza spiegata *between*, che passa dal 37% al 43%, sia nella *overall*, che passa dal 70% al 76%. Inoltre, dato che il loro impatto sulla spesa è teoricamente inequivocabile, non è risultato da trascurare che i coefficienti stimati abbiano segno coerente con le aspettative, anche se non significativi. L'inquinamento ambientale peggiora lo stato di salute della popolazione e incide positivamente sulla spesa. Ad alti tassi di mortalità corrispondono alte spese "*death-related*", e la maggior parte della spesa sanitaria in cui un individuo incorre lungo il corso della propria vita si concentra nell'anno del decesso. Il numero di prescrizioni *pro-capite* per farmaci mutuati ha anch'esso effetto positivo sulla spesa, che rispecchi unicamente lo stato di salute della Regione o che incorpori anche fenomeni di inefficienza e sovraconsumo/spreco.

Nel valutare i risultati del *panel*, si deve tenere presente che l'obiettivo è quello di ottenere una misura di sovrappeso a livello Regione, ovvero una quantificazione della spesa sanitaria regionale che non è spiegata dall'impatto delle variabili esplicative valorizzate secondo coefficienti omogenei per tutte le Regioni (i coefficienti stimati attraverso il *panel*). Da questo punto di vista, anche se il loro livello di significatività è basso, variabili con coefficiente stimato del segno atteso sono utili a depurare il più possibile le differenze regionali dalla parte riconducibile alle variabili esplicative (alla forma funzionale che ricostruisce lo *standard*), e a mettere in evidenza la parte riconducibile al diverso grado di efficienza (l'effetto fisso). Proprio per questa ragione, il basso livello di significatività (tra l'altro un tratto comune agli esercizi *panel* su *database* con scarsa variabilità e orizzonte temporale limitato) non deve impedire di trarre valutazioni da tutti e quattro i modelli proposti.

Nel *modello 3* compaiono, in aggiunta, tre variabili dal lato dell'offerta, tutte e tre significative al 5%. L'inclusione di queste variabili migliora leggermente la varianza *between*, ma ha un effetto rilevante sugli effetti fissi, sia in termini del loro valore assoluto (Euro *pro-capite*) che del *ranking* delle Regioni ordinate secondo livelli decrescenti di scarto dallo *standard*.

La *Tavola 4* riporta, per ciascuno dei quattro modelli di *Tavola 3*, il *ranking* della sovrappeso, definito come effetto fisso di regressione normalizzato rispetto all'effetto fisso minimo (si veda il *Box 1*). Nel passaggio dal secondo al terzo modello, si può notare come la posizione nella graduatoria di diverse Regioni muti sensibilmente: quelle ad alta dotazione di strutture/apparecchiature di offerta migliorano (soprattutto Liguria, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Lazio), mentre quelle a bassa dotazione peggiorano (su tutte Puglia e Basilicata).

Tavola 2 - Le variabili esplicative (1997-2007)

	variabile	descrizione	dati mancanti
I	<i>pilrepc</i>	Pil <i>pro-capite</i> a prezzi costanti (Euro 2000)	-
	<i>tat15f</i>	tasso di attività delle donne (età > = 15 anni)	-
	<i>poptumf</i>	% popolazione con titolo universitario (M e F)	-
	<i>polfac1</i>	inquinamento ambientale prima componente principale	2004 interpolato
	<i>rpc</i>	numero <i>pro-capite</i> di prescrizioni di farmaci rimborsati dal Ssn	-
II	<i>perpopxxmf</i>	% di popolazione nelle fasce di età 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+	-
	<i>tm</i>	tasso di mortalità M e F (n. decessi per 10.000 ab.)	-
III	<i>pes3mf</i>	% persone che consumano pesce più di una volta a settimana (M e F di età > = 3 anni)	2004 interpolato
	<i>cen3mf</i>	% persone il cui pasto principale è la cena (M e F di età > = 3 anni)	2004 interpolato
	<i>fum15mf</i>	% fumatori (M e F di età > = 15 anni)	2004 interpolato
	<i>alcfpmf</i>	% consumatori regolari di alcolici fuori pasto	2004 interpolato
IV	<i>tamblab</i>	ambulatori e laboratori convenzionati per 100.000 abitanti	-
	<i>tpldh</i>	disponibilità posti letto ospedalieri per <i>day hospital</i> (n. posti letto per 10.000 ab.)	2007 previsto ¹⁸
	<i>innfac1c</i>	prima componente principale di % diffusione Tac e Rm (unità per 1.000.000 ab.)	2007 previsto

fonte: elaborazioni CeRM su vari database Istat

¹⁸ L'interpolazione è lineare, e anche la previsione è una estrapolazione lineare.

La *Tavola 5* riporta le medie temporali di tutte le variabili esplicative, Regione per Regione.

Ad esempio, la Liguria possiede valori medi particolarmente elevati per il tasso di ambulatori e laboratori e per il tasso di posti letto in *day hospital*. Se queste variabili vengono omesse nella specificazione, la parte di spesa effettiva non spiegata e che si scarica sull'effetto fisso risulta più elevata relativamente alle altre Regioni; conseguentemente, la posizione della Liguria nel *ranking* di efficienza peggiora. Nel *modello 3* la Liguria occupa la 14esima posizione, mentre nel *modello 2* la nona¹⁹.

L'inclusione delle variabili dal lato dell'offerta si associa, come è lecito attendersi in virtù della elevata correlazione fra queste e il reddito, ad un peggioramento della stima del coefficiente del Pil *pro-capite* regionale. In particolare, l'elasticità stimata si riduce da 0,31% a 0,25%, e la significatività dal 5% al 10%.

Nella letteratura empirica che si è occupata di analizzare le differenze di spesa sanitaria fra aggregati Paese, il reddito è considerato fra le determinanti principali²⁰. Tipicamente si stima un coefficiente di elasticità intorno all'1%, ma talvolta anche superiore. La scarsa significatività del Pil *pro-capite* regionale, che a prima vista appare controintuitiva, può tuttavia spiegarsi con più di un motivo, di teoria e di tecnica di stima.

In primo luogo, il Ssn ha, ad oggi, una copertura pressoché totale, con prestazioni quasi interamente gratuite (quasi tutto rientra nei Lea - livelli essenziali di assistenza); in questo contesto, la disponibilità di risorse e il vincolo di bilancio regionale non entrano in una relazione diretta con le possibilità di spesa del singolo bacino territoriale. Al di là della sindrome dei cosiddetti *soft budget constraint* che dovrebbe ridursi significativamente in un assetto federalista compiuto²¹, quello di non far dipendere, in maniera stringente, le risorse dedicabili alla sanità regionale dal Pil regionale è una condizione ricercata attraverso la perequazione territoriale, che svolge una funzione essenziale ai fini dell'universalismo sanitario. Il punto che questo lavoro affronta è, tuttavia, un altro: quello di valutare in quale misura la redistribuzione interregionale vada a buon fine, trasformandosi in prestazioni di qualità per i cittadini, o serva a coprire inefficienze e rendite di vario genere.

Per quanto riguarda la tecnica di stima, innanzitutto si deve precisare che la letteratura empirica si è soprattutto concentrata sugli aggregati Paese; solo incidentalmente è stato rilevato che le stime dell'elasticità si riducono al ridursi del livello di aggregazione, e non si può escludere che l'impatto del reddito sulla spesa in analisi *intra* Paese, come quelle regionali, sia debole e poco significativo (si veda Dormont *et al.*, 2007)²². Inoltre, la non significatività del Pil *pro-capite* può dipendere anche dalla collinearità con le altre variabili esplicative. Oltre che con le variabili dal lato dell'offerta offerta (il capitale fisico installato è funzione della capacità di spesa delle Amministrazioni), il Pil presenta una forte collinearità soprattutto con il tasso di attività femminile, che dal *panel* emerge generalmente come esplicativa ad elevata significatività.

¹⁹ In questa lettura della *Tavola 5* si deve considerare che, con l'omissione di una o più variabili dal lato dell'offerta, l'effettiva variazione nella sovrappesa di ciascuna Regione dipende, nel concreto, dal coefficiente di impatto stimato che ciascuna di queste variabili ha sulla spesa. Omettendo una variabile che ha un impatto quantitativamente modesto, le variazioni nella sovrappesa saranno presumibilmente contenute (senza modifiche nel *ranking* di efficienza delle Regioni).

²⁰ Cfr. Gerdtham e Jonsson (2000), e Newhouse (1977).

²¹ Non si può dire che sia entrato in vigore un sistema di finanziamento federalista. Il D. Lgs. n. 56-2000, il primo che ha tentato di reimpostare il finanziamento della sanità su basi federaliste chiudendo la stagione della levitazione della spesa storica e dei ripiani a piè di lista, è sempre stato derogato. I criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale cambiano di anno in anno e il loro esito è, oltretutto, modificato dalla contrattazione in Conferenza Stato-Regioni. A valle di tutto, ci sono anche gli aggiustamenti a consuntivo. Le regole di *standardizzazione* sono ancora in discussione; le si sta cercando da un decennio, forse più. In questi stessi giorni in cui il *Working Paper* è chiuso, è ancora in pieno svolgimento il dibattito sui decreti attuativi della Legge n. 42-2009 (cfr. capitolo introduttivo).

²² C'è anche da considerare che non è detto che, in analisi regionali su Paesi con coesione sociale tutto sommato elevata come l'Italia, un Pil *pro-capite* più elevato corrisponda sempre a condizioni di salute migliori per tutti i cittadini, e viceversa per un Pil *pro-capite* inferiore. Tra le condizioni che possono incidere sulla salute ci sono anche quelle ambientali, gli stili di vita, il costo della vita, la specializzazione industriale. I fenomeni della povertà grave e dell'indigenza sono complessi, e non sempre riconducibili *tout court* alla ripartizione Nord-Centro-Sud.

Tavola 3 - Spesa sanitaria pubblica *pro-capite* di parte corrente a prezzi costanti e sue variabili esplicative; i risultati della stima *panel*

variabili esplicative	modello 1	modello 2	modello 3	modello 4
<i>pilrepc</i>	0,3** (0,035)	0,31** (0,027)	0,25* (0,072)	-
<i>tat15f</i>	8,7*** (0,000)	8,6*** (0,001)	8,2*** (0,001)	8,8*** (0,000)
<i>poptumf</i>	29,2*** (0,001)	27,4*** (0,004)	27,2*** (0,003)	26,3*** (0,005)
<i>polfac1</i>	-	9,1 (0,232)	3,9 (0,601)	2,8 (0,705)
<i>rpc</i>	-	6,4 (0,341)	7,3 (0,252)	7,2 (0,267)
<i>perpop514mf</i>	116,3* (0,099)	104,7 (0,143)	166,7** (0,020)	132,4* (0,056)
<i>perpop1524mf</i>	162,2*** (0,000)	160,5*** (0,000)	156,4*** (0,000)	135,5*** (0,001)
<i>perpop2534mf</i>	97,9* (0,068)	81,8 (0,135)	132,8** (0,014)	114,7** (0,031)
<i>perpop3544mf</i>	38,5 (0,579)	28,0 (0,689)	97,6 (0,168)	92,2 (0,195)
<i>perpop4554mf</i>	92,0* (0,052)	75,3 (0,121)	124,6*** (0,010)	103,5** (0,029)
<i>perpop5564mf</i>	135,0*** (0,003)	127,2*** (0,005)	157,1*** (0,000)	138,8*** (0,001)
<i>perpop6574mf</i>	111,7** (0,017)	106,4** (0,024)	149,7*** (0,001)	136,4*** (0,003)
<i>perpop75mf</i>	124,8** (0,030)	111,7* (0,055)	143,4** (0,012)	123,0** (0,029)
<i>tm</i>	-	1,5 (0,330)	1,9 (0,221)	1,7 (0,258)
<i>pes3mf</i>	-3,4** (0,014)	-3,3** (0,015)	-2,5* (0,054)	-2,5* (0,056)
<i>cen3mf</i>	-4,9** (0,026)	-4,5* (0,051)	-4,2* (0,056)	-4,2* (0,059)
<i>fum15mf</i>	2,5 (0,390)	1,8 (0,530)	2,2 (0,433)	2,4 (0,395)
<i>alcfpmf</i>	5,6*** (0,006)	5,1** (0,012)	5,1*** (0,009)	5,1*** (0,009)
<i>tamblab</i>	-	-	3,5** (0,020)	2,9** (0,049)
<i>tpldh</i>	-	-	10,4** (0,012)	11,6** (0,006)
<i>innfac1c</i>	-	-	12,4** (0,022)	13,6** (0,012)
<i>dummies annuali</i>	sì	sì	sì	sì
<i>osservazioni</i>	220	220	220	220
<i>R² between</i>	37,3 %	43,0 %	46,3 %	36,2 %
<i>R² within</i>	93,9 %	94,0 %	94,7 %	94,6 %
<i>R² totale</i>	69,9 %	75,9 %	70,0 %	72,2 %

NOTE: (1) *** significatività all'1%, ** significatività al 5%, * significatività al 10%

(2) La stima del coefficiente di *pilrepc* rappresenta una stima dell'impatto del Pil *pro-capite* sulla spesa *pro-capite*

(3) Con riferimento alle variabili *perpopXXmf*, è stata omessa la variabile *perpop04mf* per evitare l'insorgere di multicollinearità. I coefficienti delle restanti variabili demografiche esprimono la differenza di impatto sulla spesa rispetto all'impatto di *perpop04mf*

Tavola 4 - Risultati della stima panel: la sovraspesa e il ranking di sovraspesa

Regioni	modello 1		modello 2		modello 3		modello 4	
	sovraspesa (Euro pro-capite)	ranking						
Piemonte	115,4	8	72,1	7	74,9	7	78,8	5
Val d'Aosta	255,5	17	244,2	19	224,4	16	274,1	19
Lombardia	74,3	5	28,8	4	55,6	5	115,3	9
Trentino Alto Adige	164,6	11	174,2	13	187,6	11	261,6	18
Veneto	100,9	7	88,7	8	99,7	8	115,5	10
Friuli Venezia Giulia	0,0	1	0,0	1	0,0	1	1	2
Liguria	222,0	15	183,2	14	136,6	9	117,2	11
Emilia Romagna	57,0	4	50,5	5	49,5	4	81,9	6
Toscana	85,2	6	69,0	6	66,9	6	71,1	4
Umbria	27,8	3	19,0	2	36,1	2	0,0	1
Marche	24,5	2	26,5	3	43,5	3	27,7	3
Lazio	288,8	18	220,3	17	216,9	15	247,6	17
Abruzzo	155,4	10	152,6	11	194,3	13	138,4	13
Molise	194,8	14	200,6	16	239,6	17	165,4	14
Campania	418,8	20	313,0	20	443,6	20	362,5	20
Puglia	240,1	16	191,8	15	316,1	18	234,8	15
Basilicata	137,3	9	122,1	9	189,6	12	112,0	7
Calabria	179,2	12	147,4	10	216,2	14	128,2	12
Sicilia	289,0	19	222,6	18	319,5	19	238,2	16
Sardegna	182,0	13	170,4	12	186,4	10	112,3	8

NOTA: La sovraspesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione *i*-esima e quello della Regione con effetto fisso minore, ovvero il Friuli Venezia Giulia per i modelli 1, 2 e 3, e l'Umbria per il modello 4. Il ranking è crescente nel livello di inefficienza

Nel *modello 3* il Pil *pro-capite*, nonostante la scarsa significatività, risulta variabile molto importante nello spiegare la variabilità regionale della spesa. Se si omette *pilrepc* dal *modello 3* si passa alla specificazione del *modello 4*, in cui la varianza spiegata *between* (R^2 *between*) passa dal 46% al 36%²³. Confrontando i *modelli 3* e *4* in *Tavola 4*, si nota come il *ranking* regionale della sovraspesa sia particolarmente sensibile alla esclusione del Pil: omettendo il Pil, Lombardia e Trentino, rispettivamente con il secondo e il terzo più elevato valore del Pil *pro-capite* (*Tavola 5*), vedono peggiorato il loro *ranking* (appaiono più inefficienti), mentre migliorano tutte le Regioni del Sud, storicamente con bassi livelli di Pil *pro-capite*. Queste evidenze suggeriscono che il Pil risulti una determinante importante della spesa sanitaria, almeno quando si analizzi la sua variabilità fra Regioni. Nonostante legami di collinearità con le altre esplicative possano portare a sottostime del suo coefficiente di impatto e della sua significatività, l'inserimento del Pil aumenta la capacità del *panel* di spiegare le differenze regionali di spesa. Ma c'è un'altra considerazione che emerge: l'impatto del Pil è positivo nei *modelli 1, 2* e *3*, e l'impatto di una variabile positivamente correlata al Pil, il tasso di attività femminile, è positivo e altamente significativo in tutti e quattro i modelli. Una evidenza che potrebbe trovare spazio nel dibattito, in corso, sull'opportunità di inserire un indicatore di sottosviluppo/deprivazione nelle nuove regole (tutte ancora da scriversi) di ripartizione del Fsn tra le Regioni (*cf. infra*, capitolo conclusivo).

Per quanto riguarda le altre variabili, i segni degli effetti stimati sono tutti coerenti con le aspettative teoriche. Fra le variabili che riguardano gli *habits*, l'effetto più significativo sulla spesa deriva dal consumo di alcolici fuori pasto. La percentuale di fumatori ha effetto positivo ma non significativo. Il consumo di pesce più di una volta alla settimana e la percentuale di individui per cui il pasto principale è la cena riducono invece la spesa, anche se con significatività al 10%²⁴.

Il tasso di attività femminile ha un effetto positivo sulla spesa molto significativo. Un elevato tasso di attività femminile si associa ad una riduzione delle possibilità di assistenza domiciliare informale, e alla necessità di ricorrere a cure istituzionalizzate. Inoltre, la maggior occupabilità/occupazione femminile si può associare, nel contempo, a minor qualità dell'alimentazione quotidiana (soprattutto quella del primo pasto), e a livelli di istruzione elevati (più elevati della media) del nucleo familiare, con conseguente maggior attenzione alle tematiche della salute di genitori e figli.

E infatti molto significativo è anche l'effetto del livello di istruzione. Questo risultato va letto, probabilmente, alla luce della più costante attenzione allo stato di salute che può caratterizzare persone con una più elevata formazione media.

Effetti positivi ed altamente significativi hanno le tre variabili appartenenti al gruppo di esplicative che colgono la capacità di offerta (tasso di posti letto in *day hospital*, tasso di ambulatori e laboratori e indice di strumentazione diagnostica).

Infine, la demografia. La variabile *perpop04mf* è omessa per evitare multicollinearità, e i coefficienti delle restanti variabili demografiche esprimono la differenza di impatto sulla spesa rispetto all'impatto di *perpop04mf*. Tutti i coefficienti risultano positivi e quasi tutti significativi (solo la categoria 35-44 anni non lo è); sono, inoltre, molto simili tra di loro. Quest'ultima caratteristica implica che l'impatto sulla spesa (*i.e.* la differenza di impatto sulla spesa) non sembri crescere nell'età, come suggerirebbero tutte le analisi empiriche. Si deve tuttavia rimarcare che, in Italia, le prestazioni formalizzate e istituzionalizzate per gli anziani non autosufficienti sono ancora molto poco diffuse, impedendo che esigenze di cura che pure si stanno già manifestando si traducano in effettive erogazioni di prestazioni e in contabilizzazione di costi. Inoltre, la poca significatività può dipendere anche dal fatto che il

²³ Nel *modello 4* l'effetto del tasso di attività femminile cresce e diventa ancora più significativa data l'elevata collinearità con il Pil di cui, quando il Pil è omesso, assorbe parte dell'impatto sulla spesa.

²⁴ Altri studi hanno messo in luce l'importanza del riferimento a variabili in grado di catturare gli stili di vita della popolazione. Ad esempio, Christiansen *et al.* (2006) hanno utilizzato il consumo di alcol e il consumo di tabacco; Pammolli *et al.* (2008) hanno utilizzato il consumo di zucchero ed il consumo di frutta e vegetali.

processo di invecchiamento sta, almeno per adesso, coinvolgendo in maniera tutto sommato omogenea tutte le Regioni e che, di conseguenza, la struttura demografica è relativamente meno indicata delle altre variabili per spiegare le differenze regionali di spesa. Quest'ultima osservazione troverebbe conferma nella bassa significatività anche del tasso di mortalità che, invece, la letteratura teorica e empirica indicherebbe come variabile che incide significativamente sulla spesa. Per il tasso di mortalità il coefficiente stimato ha il segno positivo che *ex-ante* ci si attenderebbe, ma la significatività è molto bassa in tutti e tre i modelli in cui il regressore è presente (*modello 2, 3, 4*).

Nel complesso, il *panel* riesce a fornire risultati abbastanza soddisfacenti, anche se la qualità delle stime dei coefficienti dei singoli regressori è limitata da una serie di aspetti concomitanti: una variabilità delle esplicative generalmente bassa e concentrata nella componente *between*; serie storiche troppo brevi per un esercizio econometrico come quello condotto²⁵; serie storiche, per giunta, non sempre complete, con la necessità di completare alcuni anni tramite interpolazioni/estrapolazioni.

La capacità di *fitting* della stima è probabilmente il risultato più importante di questa seconda release di *SaniRegio*, come lo era stato per la prima *release*. L' R^2 complessivo supera il 70%, con una capacità di spiegazione che è raro incontrare in esercizi *panel*, soprattutto quando applicato a fenomeni complessi come la sanità. L' R^2 diviene quasi del 95% se si guarda alla capacità di spiegare la variabilità *within*, la variabilità nel tempo del dato di ogni singola Regione. È inferiore, pari al 46,3%, la capacità di spiegare la variabilità della spesa fra Regioni anno per anno. Si tratta di un livello comunque accettabile, soprattutto considerando che il *panel* si applica a dati di spesa che non considerano la qualità; se la spiegazione della variabilità tra Regioni fosse elevata, ciò implicherebbe una specificazione del modello già esaustiva o quasi esaustiva, senza spazio per quest'altra determinante della spesa che si va a chiamare in causa nella *Parte II*. In altri termini, è nella natura di questo esercizio, di *benchmarking* a due *step*, che la variabilità di spesa tra Regioni possa esser colta solo in parte al primo *step*.

In conclusione, gli elevati R^2 totale e *within* permettono di affermare che la stima della relazione funzionale strutturale comune a tutte le Regioni (o relazione funzionale strutturale media o *standard*, quella all'interno del riquadro nell'equazione [1]) ha un buon *fitting* sull'andamento nel tempo della spesa di ogni singola Regione. Si può, su questa base, stimare²⁶ lo scostamento fisso di ogni Regione (*i.e.* l'effetto fisso, il vettore dei μ_i) tra la spesa sanitaria effettiva/contabile e quella stimata dalla relazione funzionale media.

Partendo da questo risultato, nel prossimo capitolo si confrontano le differenze di spesa *pro-capite* effettiva tra Regioni, quelle risultanti dalla contabilità nazionale, con le differenze tra le distanze delle Regioni rispetto allo *standard* di spesa (ovvero con le differenze tra gli effetti fissi).

²⁵ Con serie storiche di 11 anni si dovrebbe poter contare almeno su un numero di unità di osservazione (Regioni) molto più elevato di 20. In questo caso entrambi i valori sono troppo bassi per poter sostenere la qualità della stima. È vero che la tecnica *panel* ha, tra le sue prerogative, anche quella di permettere esercizi di stima quando le serie storiche sono brevi; ma in questo caso la brevità non è compensata dalla numerosità delle unità di osservazione.

²⁶ Come si è già sinteticamente descritto, la stima dell'effetto fisso è tutt'uno con il processo di stima *panel*.

Tavola 5 - Medie temporali (1997-2007) delle variabili esplicative incluse nel panel

Regione	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	ITALIA
<i>sppcpre</i>	1266,8 11	1465 1	1221,2 16	1453,3 2	1229,8 15	1281,8 7	1436,9 3	1311,1 6	1267,7 10	1277,2 9	1244,1 13	1415 4	1281,6 8	1333,5 5	1231,2 14	1170,2 19	1149,1 20	1190,2 17	1177,1 18	1245,8 12	1259,2
<i>pilrepc</i>	23282,6 7	27113,1 1	27110,5 2	26464,9 3	24256,4 5	23141,1 8	21528,5 10	25978,7 4	22794,9 9	19822,5 12	20907 11	24145,4 6	17453,3 13	15539,3 15	13442,4 19	13713,4 17	14586,6 16	13159,6 20	13620 18	15975,6 14	20793,1
<i>tat15f</i>	41,2 5	45,2 1	40,9 6	44,2 3	41,3 4	39,9 9	36,6 12	44,7 2	40,1 8	38,8 10	40,4 7	37,2 11	32,7 15	33,7 14	28,5 18	27,1 19	30,5 16	30,1 17	26,6 20	33,7 13	36,6
<i>poptumf</i>	6,7 11	6,2 16	7,9 4	6,4 14	6,6 13	7,2 9	8,4 2	8,1 3	7,6 7	7,9 5	7,6 6	10,1 1	7,4 8	6,8 10	6,4 15	5,8 19	5,4 20	6,7 12	6,2 17	5,9 18	7,3
<i>polfac1</i>	1,3 5	-2,4 18	2,3 3	-1,6 15	0,4 10	-0,5 11	1,6 4	0,4 9	0,7 8	-0,7 12	-0,9 14	3,3 1	-1,7 17	-3 20	2,7 2	1,1 6	-2,5 19	-1,7 16	0,8 7	-0,7 13	1,1
<i>rpc</i>	6,7 15	6,1 17	5,8 19	5 20	6 18	6,2 16	7,8 4	7,2 12	7,4 10	8,1 3	7,6 8	7,6 7	7,6 9	7,1 13	7,8 5	7,3 11	7,7 6	8,2 2	8,2 1	7,1 14	7,1
<i>pp04mf</i>	4,1 16	4,5 10	4,6 8	5,5 2	4,6 7	3,9 19	3,5 20	4,1 14	4 18	4,1 17	4,2 12	4,6 9	4,3 11	4,2 13	5,8 1	5,1 4	4,7 6	4,9 5	5,3 3	4,1 15	4,6
<i>pp514mf</i>	8,1 16	8,4 14	8,7 13	10,6 6	8,9 11	7,6 19	7,1 20	7,7 18	7,8 17	8,3 15	8,7 12	9,3 10	9,6 9	9,9 7	12,6 1	11,4 4	10,8 5	11,6 3	11,8 2	9,6 8	9,6
<i>pp1524mf</i>	9,5 15	9,5 16	10,1 14	11 9	10,3 12	9,1 18	8,2 20	8,9 19	9,4 17	10,2 13	10,5 11	11 10	11,6 8	12,1 7	14,3 1	13,8 3	13,1 5	14 2	13,5 4	12,9 6	11,3
<i>pp2534mf</i>	14,5 16	15,5 5	15,7 4	15,4 7	15,8 2	14,7 13	13,2 20	15 11	14,5 17	14,1 19	14,5 15	15,4 8	14,7 14	14,3 18	15,7 3	15,5 6	15 10	15 9	14,9 12	16 1	15,2
<i>pp3544mf</i>	15,3 9	16,3 1	16,1 4	16,1 3	16,2 2	15,4 8	14,8 14	15,6 7	15,1 10	14,7 16	14,9 11	15,9 5	14,9 12	14,5 19	14,8 13	14,5 17	14,7 15	14,5 18	14,4 20	15,7 6	15,3

Regione	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	ITALIA
<i>pp4554mf</i>	13,9 2	13,9 1	13,7 5	12,9 15	13,5 7	13,8 3	13,4 10	13,5 9	13,5 6	13,3 11	13,2 12	13,5 8	13 13	12,9 14	12,3 20	12,7 16	12,6 17	12,5 19	12,5 18	13,7 4	13,2
<i>pp5564mf</i>	13,3 3	12,6 8	12,7 6	11,4 14	12,2 9	13,7 2	14 1	12,8 5	13,1 4	12,6 7	12,1 11	12,2 10	11,4 13	11 15	10,1 20	10,9 16	10,5 18	10,3 19	10,6 17	11,6 12	12
<i>pp6574mf</i>	11,8 3	10,6 10	10,4 12	9,2 17	10 14	11,2 8	13,4 1	11,6 5	11,7 4	11,9 2	11,5 6	10,3 13	10,9 9	11,2 7	8,4 20	9,1 19	10,5 11	9,6 15	9,5 16	9,2 18	10,3
<i>pp75mf</i>	9,6 8	8,7 10	7,9 13	7,9 14	8,3 11	10,5 5	12,3 1	10,7 4	10,8 3	10,8 2	10,4 6	7,8 15	9,5 9	9,9 7	6 20	7 19	8,2 12	7,6 16	7,5 17	7,1 18	8,4
<i>tm</i>	129 3	141,1 1	128,2 5	122,6 11	123,7 10	128,8 4	125,7 7	118,1 17	118 18	117,4 19	112,9 20	125,5 8	118,4 16	119,5 15	138,4 2	119,6 13	120,1 12	119,5 14	126,4 6	123,7 9	124,5
<i>pes3mf</i>	49 16	49 17	51,3 14	34 20	48,4 18	47,7 19	59 9	49,6 15	56,1 12	54,4 13	60,1 7	58,5 10	59,4 8	62,7 4	68,3 1	63,7 3	60,5 6	60,7 5	65,2 2	57 11	56,5
<i>cen3mf</i>	32,3 1	19,1 9	30,5 2	12,2 14	21,6 8	23,1 7	27,5 5	25,2 6	27,6 4	16,4 10	15,4 11	28,8 3	12 15	10,8 18	12,7 13	7,7 19	7,1 20	11,2 17	13,8 12	11,9 16	21,3
<i>fum15mf</i>	23,1 9	21,4 15	24,7 3	21 19	21,1 18	21,3 17	22,4 12	24,6 4	23,8 6	23,4 8	23,1 10	27,2 1	22,6 11	21,3 16	26,6 2	21,5 14	22,1 13	20,2 20	24,2 5	23,7 7	23,8
<i>alcfpmf</i>	27,4 7	38,6 3	29,7 5	45,3 1	36,1 4	40,7 2	25,7 9	26,6 8	23,6 14	25 12	25,6 10	21,9 15	25,2 11	24,7 13	14,5 20	18,3 18	21 16	19,7 17	16,3 19	29,6 6	25
<i>tamblab</i>	11,8 9	9,6 12	6,3 20	22,8 1	7,3 19	11 11	20 2	7,8 17	17,6 3	12,5 8	15 5	9,4 13	8,3 16	11,1 10	7,3 18	9,4 14	15,8 4	13,2 7	9,1 15	13,9 6	10,1
<i>tpldh</i>	5,2 9	4,3 17	4,5 15	4,7 14	5,2 8	4,9 12	6,5 3	6,1 4	5,4 7	6,8 1	4,8 13	6,7 2	4,9 11	3,2 20	4,4 16	4,1 19	4,2 18	5,9 5	5,7 6	5,1 10	5,2
<i>innfac1c</i>	0,4 7	0 13	0,4 6	-0,4 16	0 12	0,2 8	-0,2 14	0,1 9	-0,4 17	0,1 10	0,6 5	1,5 2	0,7 3	2,2 1	-0,6 19	-0,2 15	-1,2 20	0,7 4	-0,4 18	0,1 11	0,2

NOTE: (1) Per ogni Regione si riporta la media campionaria di ogni variabile su tutto l'arco temporale (1997-2007); (2) Sotto ogni valore si riporta la posizione della Regione nel ranking della variabile (ordinamento decrescente)

4. Gli scostamenti dalla spesa *standard*

L'analisi prosegue con riferimento al *modello 3*²⁷. La *Figura 1* pone a confronto due grandezze:

- la differenza fra la media temporale della spesa *pro-capite* effettiva (di contabilità) di ciascuna Regione e quella del Friuli Venezia Giulia, la Regione con effetto fisso minore;
- la differenza tra gli effetti fissi (stimati) di ciascuna Regione e quello del Friuli Venezia Giulia²⁸.

La prima differenza ha natura contabile, e solo indirettamente può condurre a valutazioni di efficienza/appropriatezza della spesa sanitaria, in quanto non tiene conto delle diverse esigenze sanitarie mediamente fronteggiate dalle varie Regioni.

La seconda rappresenta la differenza, per ogni Regione rispetto al Friuli Venezia Giulia, degli scostamenti della spesa contabile media rispetto alla spesa *standard*. Dove per *standard* si intende, come è già stato descritto, quel livello che emergerebbe se ogni Regione si rispecchiasse perfettamente nella relazione funzionale strutturale che mediamente lega la spesa *pro-capite* alle sue variabili esplicative. Per costruzione, anche questi scostamenti dallo *standard*, stimati con le variabili *Region-specific* e *time-invariant* μ_i , possono essere letti come medie sull'arco 1997-2007, espresse in Euro costanti (2000)²⁹.

Lo scarto dallo *standard*, valutato in differenza rispetto allo scarto del Friuli Venezia Giulia, ha una immediata interpretazione in termini di efficienza di *governance*/amministrazione; nel senso che più ampio lo scostamento, maggiore la quota di spesa non giustificabile in base alle variabili economiche, sociali, demografiche, e di struttura dell'offerta.

Dalla *Figura 1* emerge che le due misure di eccesso di spesa (quella contabile e quella *standardizzata*) non vanno di pari passo. Ci sono Regioni con spesa contabile relativamente bassa ma con elevata sovrappesa rispetto allo *standard* (Puglia, Sicilia, Campania); e ci sono Regioni con spesa contabile elevata e sovrappesa contenuta (Emilia Romagna, Liguria). Per queste ultime si può affermare che l'elevata spesa contabile trova sostanziale giustificazione nel contesto economico, sociale, demografico e di strutturazione dell'offerta.

Più in particolare, come si evince dalla *Tavola 6* (sottostante la *Figura 1*), nel passaggio dalla differenza di spesa contabile alla sovrappesa rispetto allo *standard*, vi sono Regioni il cui *ranking* varia in maniera significativa, sia in negativo (maggiore inefficienza) che in positivo (minore inefficienza / maggiore virtuosità): Nel primo gruppo: Puglia, Sicilia, Campania, Basilicata, Calabria, ossia Regioni che perdono rispettivamente 16, 16, 13, 11, 10 posizioni. Nel secondo gruppo: Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Liguria, Trentino, ossia Regioni che guadagnano rispettivamente 13, 11, 10, 9, 8 posizioni.

I *Cartogrammi 1/a/b* offrono un "colpo d'occhio" immediato sui valori di *Tavola 6*. Il *Cartogramma 1/a* descrive la spesa sanitaria *pro-capite* delle varie Regioni. Il *Cartogramma 1/b* descrive la loro spesa *pro-capite* inefficiente ed evitabile, ossia i loro scostamenti dallo *standard*. La peculiarità della tecnica a cartogramma consiste nel fatto che le superfici delle

²⁷ Si fa riferimento ai risultati del *modello 3* di *Tavola 3* e *Tavola 4*. Il *modello 3* è quello più completo nelle variabili esplicative, con una migliore significatività, e con i migliore capacità di spiegazione della variabilità *between*, *within* e totale.

²⁸ L'analisi di *SaniRegio* è svolta interamente dal lato della spesa, e il Friuli Venezia Giulia risulta la Regione con minor scostamento dallo *standard*. Questo risultato è indipendente dal *mix* di finanziamento con cui ogni Regione fa fronte alle esigenze di spesa e, in particolare, dal fatto che possa o meno integrare con risorse autonome a carico del proprio bilancio. Il punto essenziale è che la spesa, ancorché carica di inefficienze, sia dedicata ai Lea.

²⁹ Per costruzione, la media degli μ_i sul complesso delle venti Regioni è nulla.

Regioni sono scalate e deformate (rispetto a quelle reali) affinché le proporzioni tra di loro rispecchino le proporzioni tra le grandezze rappresentate (si utilizza il *software opensource* “ScapeToad”).

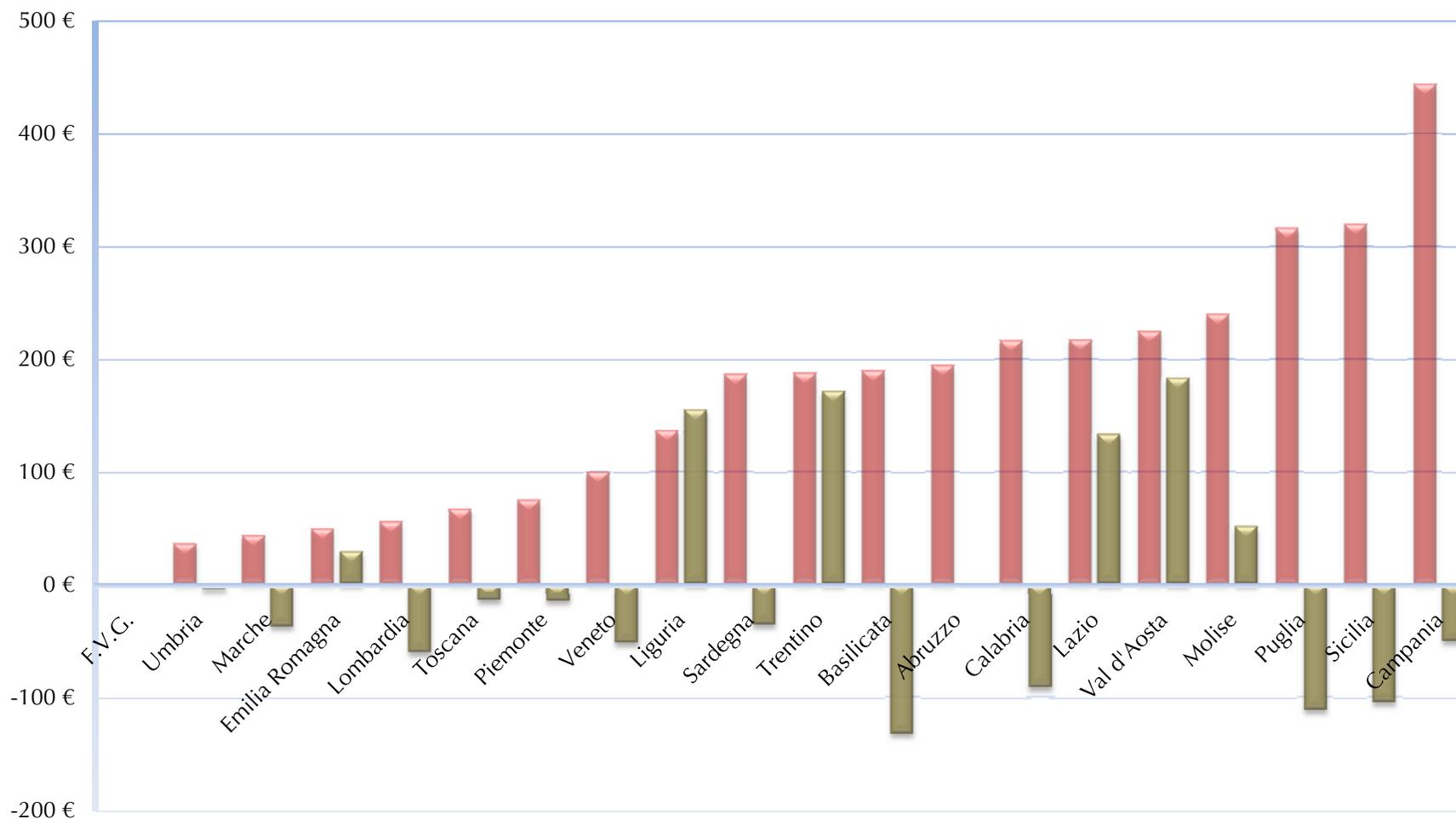
Un valore di spesa contabile elevato (rispetto alla media Italia) non necessariamente è sintomo inefficienza, dal momento che potrebbe esser giustificato dal maggior assorbimento di risorse che la Regione fronteggia dal lato della domanda e dal lato dell’offerta. Corrispondentemente, ampi scarti dallo *standard* possono riscontarsi anche in Regioni dove la spesa contabile è relativamente bassa

Le Regioni del Mezzogiorno hanno i più ampi scarti dallo *standard*. Emblematico è il caso della Campania, per cui si stima una spesa *pro-capite* ingiustificata in media pari a 444 Euro, circa il 36% della spesa *pro-capite* contabile mediamente rilevata nel periodo di osservazione.

Se si considera lo scarto medio per ripartizione geografica, per il Nord il valore è di 104 Euro, per il Centro di 91 Euro, per il Mezzogiorno di 263 Euro. Circa la metà della sovrappeso del Nord è attribuibile alle due Regioni a statuto speciale Trentino Alto Adige e Valle d’Aosta; mentre circa il 60% della sovrappeso del Centro origina nel Lazio.

Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise, Lazio, Liguria, Sardegna, Calabria e Piemonte sono le Regioni attualmente interessate da programmi speciali (assistiti dallo Stato) per il rientro dai disavanzi dei Ssr. Gli scarti dallo *standard* forniti da *SaniRegio* confermano le criticità, assumendo, per la maggior parte di queste Regioni, valori molto elevati³⁰. È utile rimarcare come Sicilia, Calabria, Campania e Sardegna siano Regioni con spesa contabile inferiore alla media Italia, e per le quali il processo di *standardizzazione* è essenziale per fare emergere *deficit* di *governance*/amministrazione che altrimenti non sarebbe facile evincere dai conti dei Ssr.

³⁰ Eccezione fatta per Liguria e Piemonte, incluse nei piani di rientro per i disavanzi di gestione degli ultimi anni, le altre Regioni sono quelle che da sempre si strascinano disavanzi strutturali nei bilanci dei Ssr. La Puglia è riuscita ad evitare il piano di rientro grazie agli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera condotti sotto il governatorato “Fitto”, con la chiusura di alcuni ospedali marginali. Nonostante questi interventi, la Puglia è la terza regione, dopo Campania e Sicilia, per sovrappeso rispetto allo *standard*.

Grafico 1a - Spesa contabile e sovraspesa a livello *pro-capite*; differenze rispetto al Friuli Venezia Giulia (valori medi 1997-2007; Euro 2000)

■ VALORI DI CONTABILITÀ: differenza tra la spesa corrente *pro-capite* della Regione *i*-esima e quella del Friuli Venezia Giulia; le due spese sono calcolate come media sul periodo 1997-2007
 ■ VALORI STIMATI: differenza tra la spesa *pro-capite* ingiustificata della Regione *i*-esima e quella del Friuli Venezia Giulia (i.e. differenza tra gli effetti fissi delle due Regioni)

NOTA 1: Il Friuli Venezia Giulia è la Regione che, dall'analisi *panel*, risulta con il minor effetto fisso, ovvero con la minore quota di spesa non giustificabile grazie alle variabili esplicative

NOTA 2: La differenza di spesa contabile fra due Regioni può essere espressa come somma della differenza spiegata dalle variabili esplicative e della differenza di effetto fisso (cfr. Box 1)

Grafico 1b - Sovraspesa pro-capite in % della spesa contabile pro-capite (valori medi 1997-2007; % strutturali)

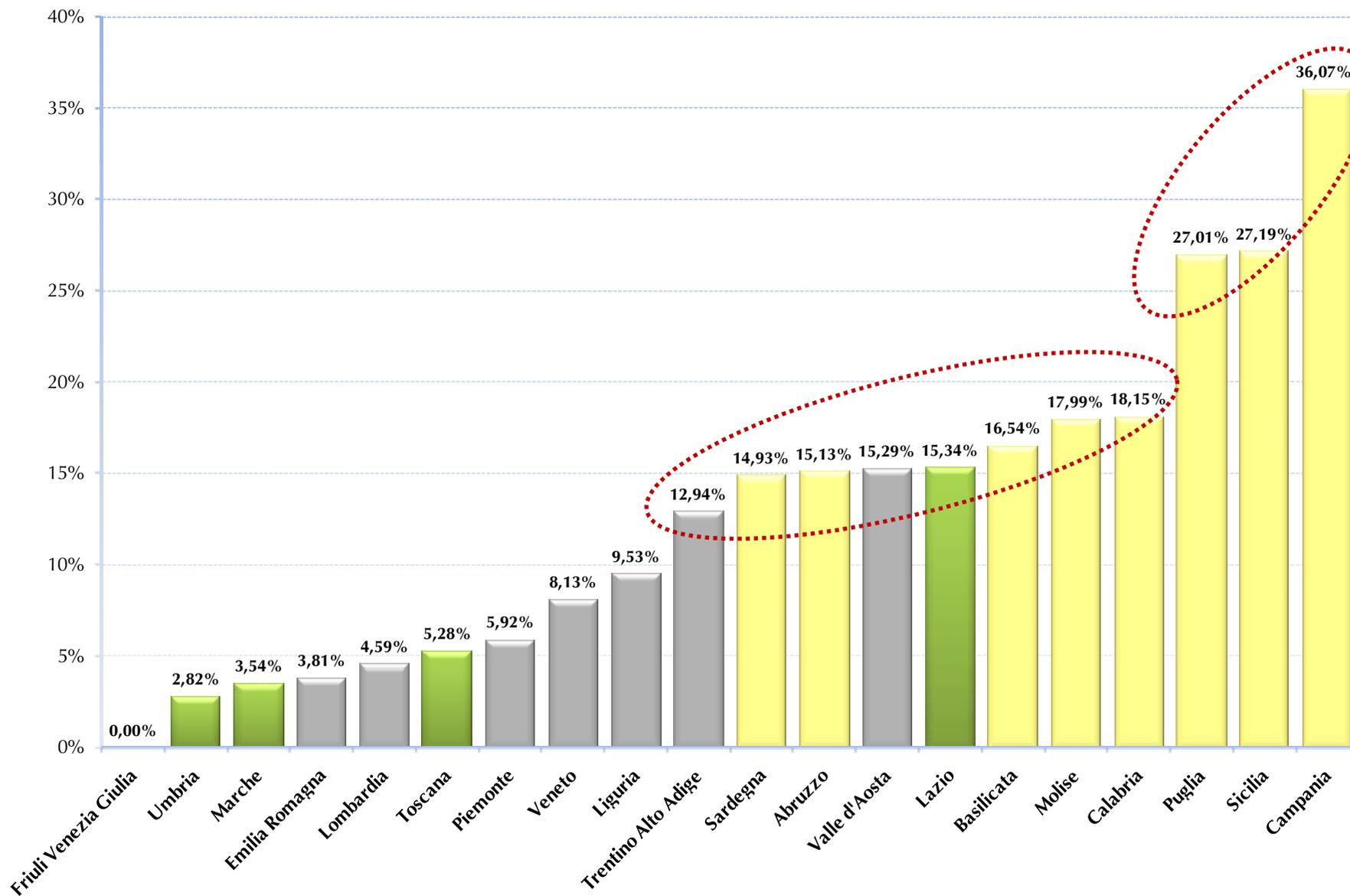


Tavola 6 - Spesa contabile e sovrappesa a livello *pro-capite*; differenze rispetto al Friuli Venezia Giulia (valori medi 1997-2007; Euro 2000)

Regione	F.V.G.	Umbria	Marche	Emilia Romagna	Lombardia	Toscana	Piemonte	Veneto	Liguria	Sardegna	Trentino Alto Adige	Basilicata	Abruzzo	Calabria	Lazio	Valle d'Aosta	Molise	Puglia	Sicilia	Campania
delta di spesa pro-capite corrente non giustificabile in base alle variabili esplicative ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG}$)	0 €	36 €	44 €	50 €	56 €	67 €	75 €	100 €	137 €	186 €	188 €	190 €	194 €	216 €	217 €	224 €	240 €	316 €	320 €	444 €
ranking	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
delta di spesa pro-capite corrente di contabilità	0 €	-5 €	-38 €	29 €	-61 €	-14 €	-15 €	-52 €	155 €	-36 €	171 €	-133 €	0 €	-92 €	133 €	183 €	52 €	-112 €	-105 €	-51 €
ranking	14	12	8	15	5	11	10	6	18	9	19	1	13	4	17	20	16	2	3	7

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

Cartogramma 1/a – Visualizzazione alternativa della spesa pro-capite corrente

**Risorse correnti pro-capite che le Regioni dedicano ai Lea
valori medi 1997-2007 (espressi in Euro-2000)**



fonte: elaborazioni CeRM con ScapeToad [si suggerisce lettura combinata con precedente Tavola 6]

NOTA: il punto arancio indica la posizione del Friuli Venezia Giulia (Regione assunta come benchmark nella standardizzazione)

Cartogramma 1/b – Visualizzazione alternativa della spesa pro-capite non giustificabile ($i \hat{\mu}_i$)

Risorse correnti pro-capite che le Regioni dovrebbero arrivare a liberare, per allinearsi agli standard di spesa del Friuli Venezia Giulia



fonte: elaborazioni CeRM con ScapeToad [si suggerisce lettura combinata con precedenti Tavola 6 e Cartogramma 1/a]

NOTA: il punto arancio indica la posizione del Friuli Venezia Giulia, che di fatto scompare nella metrica del cartogramma

Grafico 2a – Localizzazione geografica degli scarti dallo standard

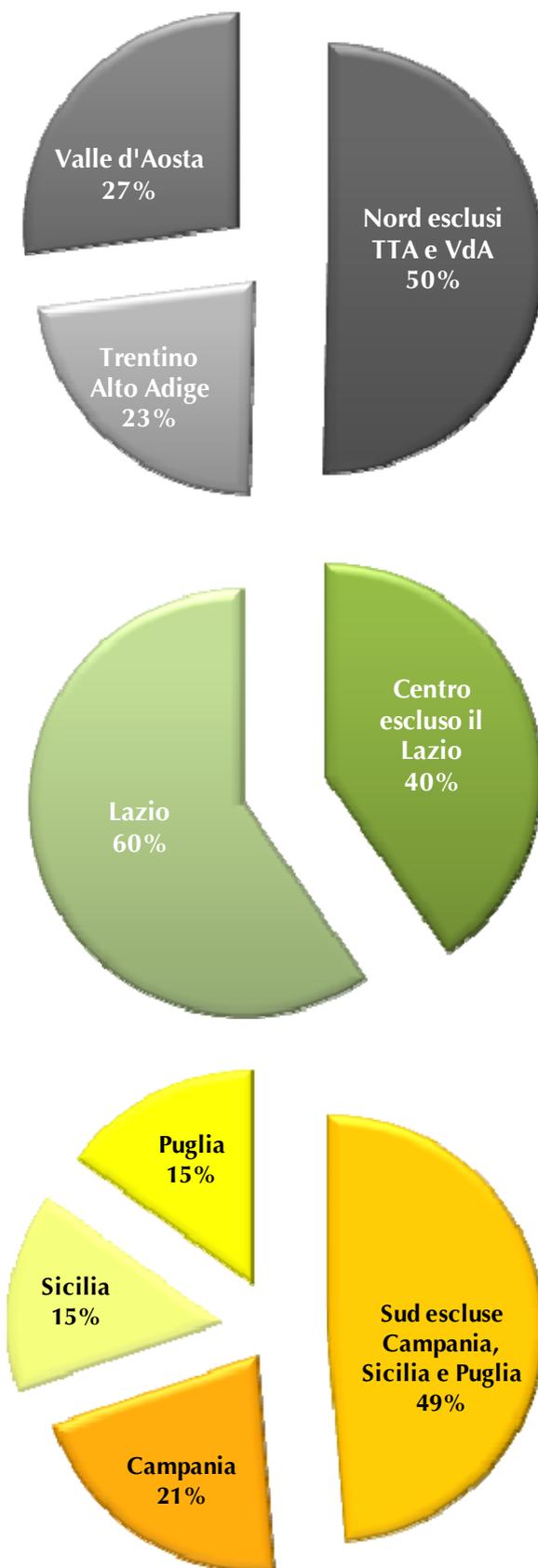
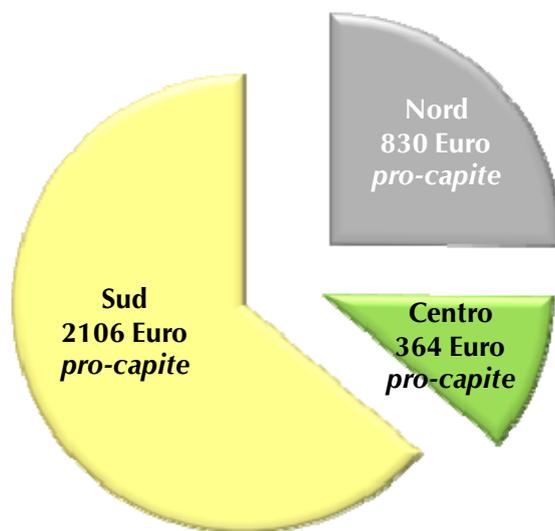
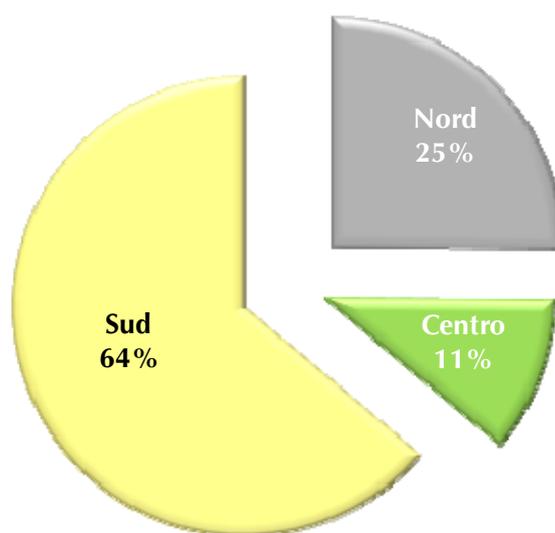


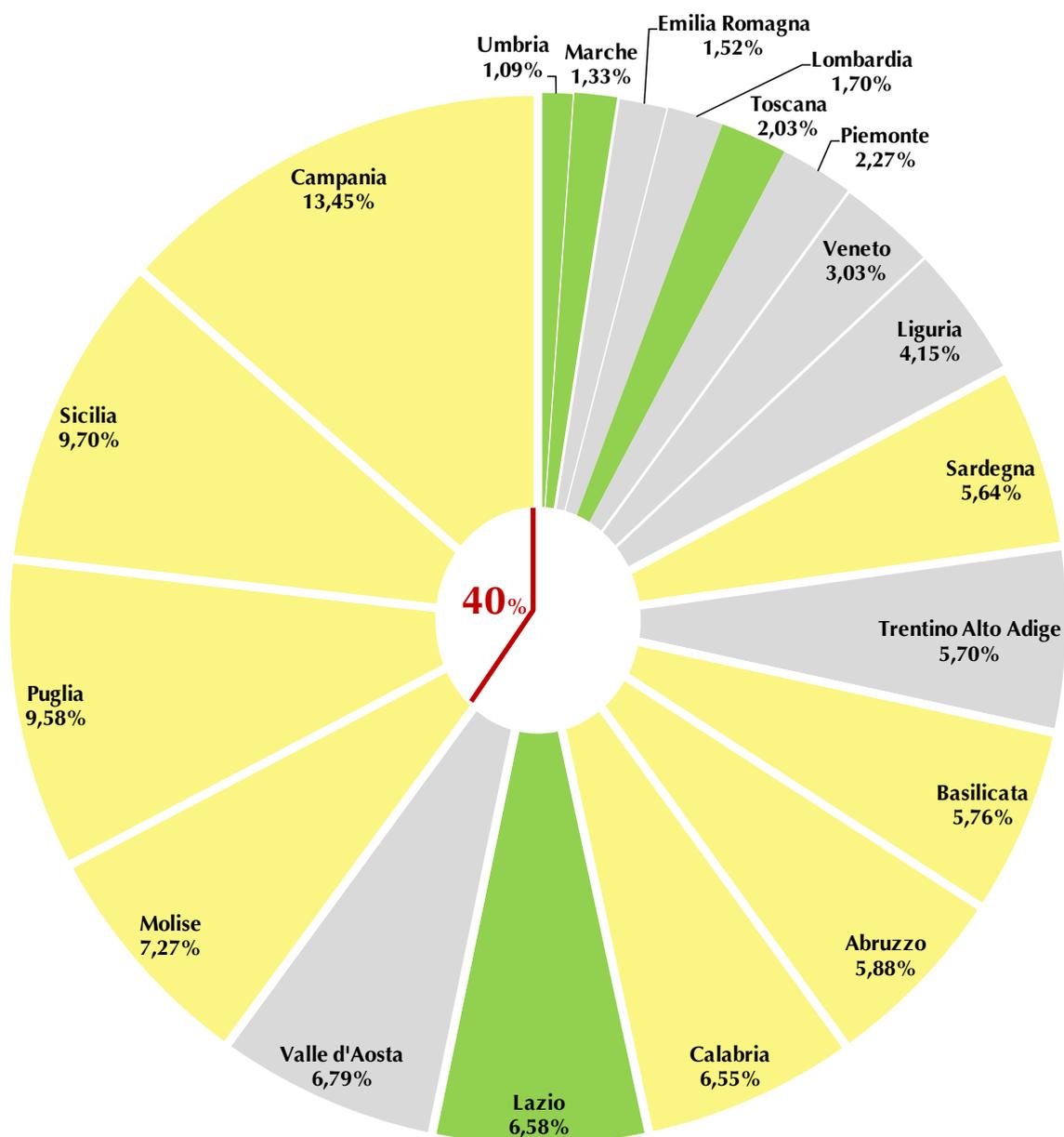
Grafico 2b – Localizzazione geografica degli scarti dallo standard

Per una corretta interpretazione del pro-capite, cfr. NOTA in calce



NOTA: nei Grafici 2a/b/c, i valori (sia assoluti che percentuali) si riferiscono alla sovrappesa (rispetto allo *standard*) che si registra aggregando i dati *pro-capite* delle Regioni raggruppate per compartimento geografico (*i.e.* si fa riferimento alla sovrappesa che emerge quando tutte le Regioni prestano assistenza sanitaria ad uno dei loro cittadini residenti)

Grafico 2c – Localizzazione geografica degli scarti dallo standard

Il quadro dei $\hat{\mu}_i$ 

NOTA: nei Grafici 2a/b/c, i valori (sia assoluti che percentuali) si riferiscono alla sovrappesa (rispetto allo standard) che si registra aggregando i dati *pro-capite* delle Regioni raggruppate per compartimento geografico (i.e. si fa riferimento alla sovrappesa che emerge quando tutte le Regioni prestano assistenza sanitaria ad uno dei loro cittadini residenti)

- PARTE II -

**La spesa *standard*
corretta per la qualità**

5. Un indicatore sintetico di qualità

Nella *Parte I* il problema dell'efficienza della spesa regionale è affrontato senza tener conto delle differenze nella qualità delle prestazioni. Gli scarti dalla *standard* potrebbero, almeno in qualche proporzione, trovare giustificazione nella diversa qualità che le Regioni riescono ad offrire.

Per introdurre nell'analisi questa ulteriore dimensione si costruisce, come già fatto per la prima *release* di *SaniRegio*, un indicatore sintetico della qualità delle prestazioni sanitarie a livello regionale, per poi confrontare tra loro le combinazioni di sovrappeso e qualità di tutte le Regioni. L'indicatore di sintesi si basa sui quattro gruppi di indicatori descritti alla *Tavola 6*.

PRIMO GRUPPO

Il primo gruppo è costituito da indicatori di *outcome* disponibili all'interno del "Progetto Mattoni" condotto dal Ministero della Salute (Nsis - Nuovo Sistema Informativo Sanitario). In particolare, il "Mattoni n. 8" contiene 43 indicatori di efficacia degli interventi sanitari, con un dettaglio regionale che per adesso copre il periodo 2001-2003. Per varie ragioni, per la costruzione dell'indicatore sintetico è possibile utilizzare solo 30 di questi 43 indicatori di *outcome*³¹. Per pervenire ad un indicatore sintetico di gruppo, si provvede a *standardizzare* i singoli indicatori, assegnando uno 0 al valore peggiore e un 1 al valore migliore, e poi scalando proporzionalmente gli altri valori. La media degli indicatori *standardizzati* costituisce l'indicatore di gruppo.

SECONDO GRUPPO

Il secondo gruppo di indicatori deriva dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane, "Aspetti della vita quotidiana", che contiene alcune domande sul livello di soddisfazione dell'assistenza sanitaria nella Regione³². Si scelgono i seguenti 4 indicatori, disponibili per il periodo 1998-2006: "% di individui molto soddisfatti dell'assistenza medica", "% di individui molto soddisfatti dell'assistenza infermieristica", "% di individui che hanno fatto meno di 10 minuti di attesa alla Asl", "% di individui che hanno fatto più di 20 minuti di attesa alla Asl". Anche in questo caso, si provvede a *standardizzare* tra 0 e 1 e a calcolare la media³³.

TERZO GRUPPO

Il terzo gruppo riguarda la mobilità interregionale, considerata come indicatore indiretto di qualità. Le scelte dei cittadini e/o dei medici di rivolgersi a strutture del Ssn esterne alla Regione è una manifestazione della non adeguatezza delle dotazioni in capitale fisico ed umano. La base dati è quella del Ministero della Salute sulla mobilità ospedaliera interregionale per gli anni 1999-2005. Per ogni Regione si calcola la differenza tra la mobilità attiva e passiva per i ricoveri ospedalieri ordinari per casi acuti, e questo saldo è espresso in proporzione al numero complessivo dei ricoveri ordinari per casi acuti dei residenti³⁴. In questo modo si ottiene un

³¹ Per 9 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) sono disponibili tutti e 30 gli indicatori; per le altre 11 si va da un minimo di 22 per la Sardegna ad un massimo di 29 per l'Abruzzo. Per alcuni indicatori il dato è mancante alla fonte, mentre per altri, specialmente per le Regioni più piccole, non si considerano quegli indicatori basati su una troppo limitata numerosità campionaria.

³² Cfr. http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/.

³³ Nel ricorso ad indicatori di qualità percepita dagli individui, si deve considerare che possono emergere situazioni in cui, dopo periodi durante i quali la qualità delle prestazioni rimane carente, le aspettative degli stessi individui tendono ad adattarsi al ribasso, alterando nel tempo l'obiettività di giudizio. Per ovviare a questo fenomeno di *bias*, le rilevazioni dovrebbero essere frequenti e su un campione ben stratificato per età e per data di ultimo contatto con il Ssr, in modo tale da controbilanciare la persistenza della "memoria". Sull'argomento, cfr. Adang-Borm (2007).

³⁴ La mobilità coinvolge per la maggior parte le prestazioni *acute*.

indicatore della capacità di ogni Regione di affrontare con proprie strutture i casi di ricovero che riguardano i propri cittadini. Successivamente, questo indicatore è regredito per gli anni 1999-2005 - con un esercizio *panel* ad effetti fissi - sul tasso di posti letto ospedalieri ordinari³⁵ (n° posti letto per 10.000 ab.), per tener conto delle infrastrutture di ricezione disponibili nella Regione³⁶, e sul logaritmo della popolazione regionale, per tener conto del fatto che Regioni più piccole potrebbero essere carenti di posti letto in diverse specialità medico-chirurgiche a più elevata specializzazione. L'effetto fisso di questa regressione è adottato come indicatore di qualità³⁷.

QUARTO GRUPPO

Il quarto gruppo di indicatori è estratto dall'“Atlante Sanitario 2008”³⁸, il documento in cui trovano sistematizzazione tutti i dati raccolti nell'attività di *monitoraggio* del rischio di ospedalizzazione nelle Regioni italiane. L'“Atlante Sanitario 2008” riporta 17 indicatori di rischio di ricovero per 9 differenti aree diagnostiche, distinti per uomini e donne³⁹. Gli indicatori sono offerti già nella versione *standardizzata* per tener conto della diversa composizione per fasce d'età (e quindi della diversa esposizione al rischio) della popolazione. Forniscono sicuramente informazioni importanti, anche se devono esser letti avendo presente che non sono *standardizzati* per tener conto della condizione di salute della popolazione Regione per Regione, ovvero delle situazioni iniziali fronteggiate dai Ssr e che poi possono evolversi o meno in una ospedalizzazione. In alcuni casi, infatti, l'ospedalizzazione può essere inappropriata; in altri può derivare da inappropriata delle cure precedenti (c'è una forte persistenza storica almeno di durata generazionale) e risultare, *ex-post*, adeguata; in altri casi ancora può rappresentare la soluzione necessaria ed appropriata. Tutto dipende dalla casistica individuale anno per anno fronteggiata⁴⁰. La media dei 17 indicatori dall'“Atlante Sanitario 2008”, scalati tra 0 (il valore peggiore) e 1 (il valore migliore), fornisce il quarto indicatore di qualità.

L'indicatore sintetico di qualità (Isq) del sistema sanitario regionale è costruito come media pesata degli indicatori riassuntivi dei quattro gruppi appena descritti. Il peso maggiore (1/2) è assegnato agli indicatori di *outcome*, per la loro numerosità, il loro dettaglio e la loro natura oggettiva. Agli altri tre gruppi viene assegnato 1/6 ciascuno. Gli Isq permettono di impostare l'analisi di frontiera efficiente.

La *Figura 3* riporta gli indicatori sintetici di qualità delle Regioni, con il valore della Regione più virtuosa posto pari a 100 e gli altri ribasati in proporzione. Emerge, evidente, il *gap* tra il Sud (incluse le Isole) e il resto del Paese. Il Lazio è, di fatto, accomunabile alle Regioni del Sud.

³⁵ Sono introdotte anche delle *dummies* annuali per cogliere la generale tendenza, comune alle Regioni, alla riduzione dei posti letto ordinari, in atto sin dagli anni Novanta.

³⁶ Si potrebbe obiettare che la disponibilità di infrastrutture adeguate fa parte della qualità dell'offerta sanitaria di una Regione e che, pertanto, non è senza controindicazioni utilizzarla come variabile esplicativa di una regressione che tenti di separare la parte del saldo di mobilità attribuibile a caratteristiche di struttura (disponibilità di posti letto), dalla parte attribuibile al livello di qualità dell'offerta. Così facendo, infatti, si giustifica per esempio un flusso in uscita da una Regione con pochi posti letto o poche strutture di accoglienza, quando entrambi questi elementi potrebbero essere direttamente parte della scarsa qualità dell'offerta sanitaria. Da questo punto di vista, tenuto conto del *gap* infrastrutturale che separa il Centro-Nord dal Sud (*cf. infra*), l'indicatore sintetico di qualità del Sud potrebbe risultare affetto da sovrastima.

³⁷ Questo *micro panel* (*panel* nel *panel*) è necessario per *standardizzare* il grado di autosufficienza regionale che sono in grado di esprimere le strutture regionali (i posti letto regionali). Una volta *standardizzata* la capacità ricettiva, i flussi in uscita non spiegati dalla capacità ricettiva sono imputabili a valutazione negativa sulla qualità delle prestazioni.

³⁸ L'Atlante è frutto di gruppo di lavoro “Epidemiologia e Ricerca Applicata”, a cui partecipano esperti in materia sanitaria con diverse specializzazioni e provenienti da diverse Istituzioni pubbliche e private.

³⁹ Gli indicatori non sono 18 (9 x 2), perché un'area diagnostica è specifica delle donne.

⁴⁰ Nella *standardizzazione* per fasce di età è implicito il riferimento ad una esposizione al rischio, di ogni singola fascia, mediata su scala nazionale.

Tavola 7 - Gli indicatori di qualità delle prestazioni sanitarie

- 1) A1 - mortalità a 30 giorni dopo intervento di BPAC
- 2) A2 - mortalità a 30 giorni dopo intervento di PTCA
- 3) A3 - mortalità a 30 giorni *post* PTCA entro h24 IMA
- 4) A4 - mortalità a 30 giorni dopo ricovero per IMA
- 5) A6 - ospedalizzazione per scompenso cardiaco congestizio
- 6) A7 - mortalità a 30 giorni dopo ricovero per scompenso cardiaco congestizio
- 7) A9 - riammissioni a 28 giorni dopo trattamento per *stroke*
- 8) C1 - ricoveri ospedalieri urgenti di bambini con infezioni delle basse vie respiratorie
- 9) C2 - ospedalizzazione per gastroenterite infantile acuta
- 10) C3 - ospedalizzazione per influenza (prevenibile con la vaccinazione)
- 11) D1 - ospedalizzazione per diabete non controllato
- 12) D2A - ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete (1/2)
- 13) D2B - ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete (1/2)
- 14) D3 - ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici
- 15) D4 - ospedalizzazione per asma (adulti)
- 16) D5 - ospedalizzazione per asma (pediatrico)
- 17) D6 - ospedalizzazione per asma (senile)
- 18) D7 - gozzo tiroideo - pazienti con ricoveri per acuti
- 19) D8 - mortalità entro 30 giorni dalla data di ricovero per malattia polmonare cronica ostruttiva
- 20) E1 - riammissioni in emergenza a 28 giorni dopo trattamento per frattura dell'anca
- 21) E2 - mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura dell'anca
- 22) E3A - attesa *pre* operatoria per frattura di femore (senile)
- 23) E3B - attesa *pre* operatoria per frattura di femore
- 24) E3C - attesa *pre* operatoria dopo ricovero con intervento per frattura di femore
- 25) F1 - ricoveri ospedalieri urgenti
- 26) F2 - riammissioni ospedaliere a 28 giorni
- 27) G2A - mortalità a 30 giorni dalla data di un intervento chirurgico programmato
- 28) G2B - mortalità a 30 giorni dalla data di un intervento chirurgico non programmato
- 29) G4 - mortalità a 30 giorni *post* ricovero
- 30) G7 - proporzione di parti con taglio cesareo

indicatori di outcome
(peso = 1/2)

fonte:
"Progetto Mattoni Ssn"

anni: 2001-2003

- 31) % di individui molto soddisfatti dell'assistenza medica ospedaliera
- 32) % di individui molto soddisfatti dell'assistenza infermieristica ospedaliera
- 33) % di individui che hanno atteso in fila alla Asl per meno di 10 minuti
- 34) % di individui che hanno atteso in fila alla Asl per più di 20 minuti

**indicatore di
soddisfazione**
(peso = 1/6)

fonte:
"Survey Istat"

anni: 1998-2006

- 35) saldo mobilità per ricoveri acuti ordinari ((attiva - passiva)/ricoveri residenti) corretto per posti letto disponibili per abitanti e per popolosità della Regione (per tener conto di economie di scala)

**indicatore di
mobilità**
(peso = 1/6)

fonte:
dati MinSal

anni: 1998-2005

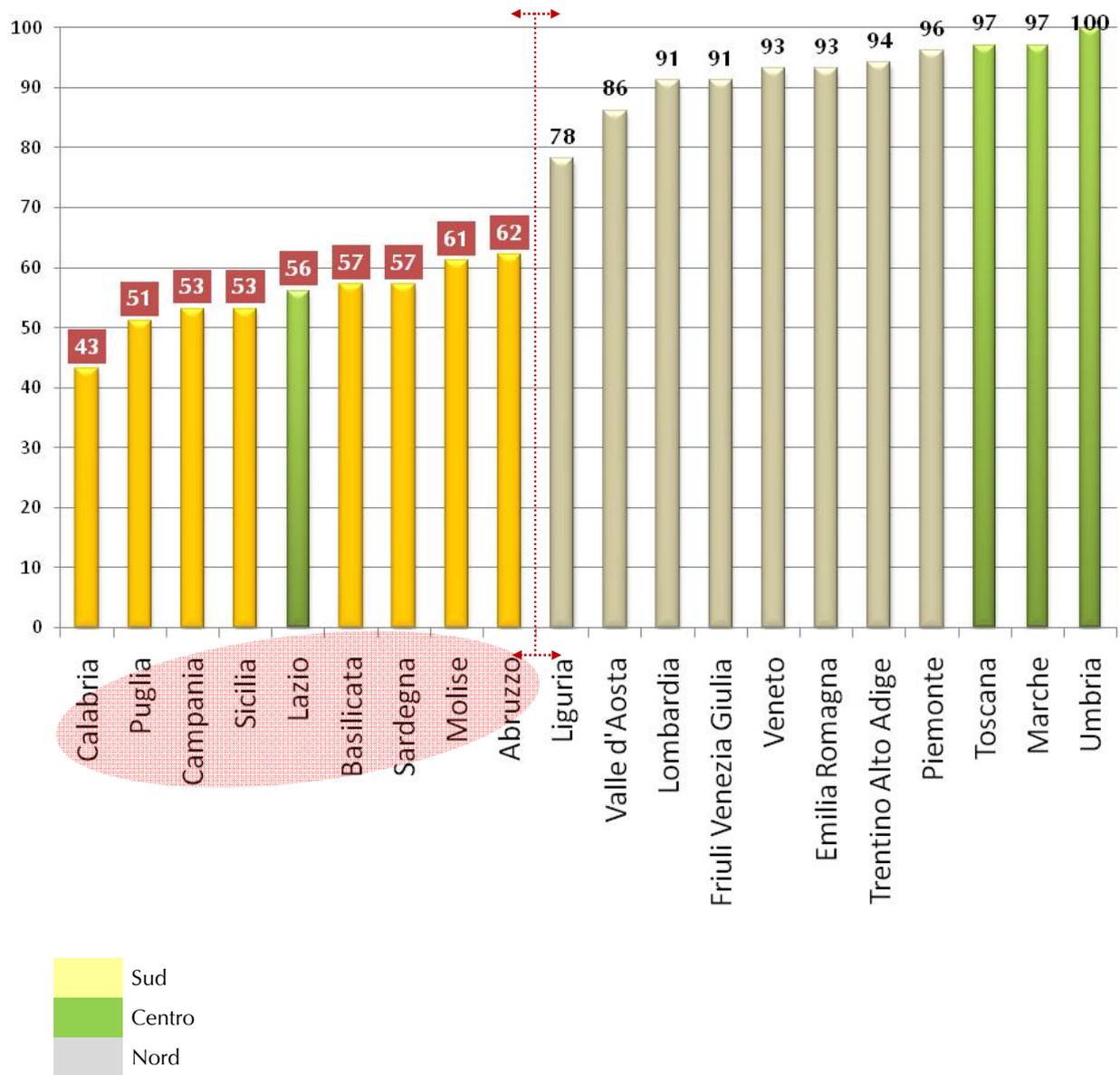
- 36) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie del sistema circolatorio (maschi)
- 37) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: tumori (maschi)
- 38) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie apparato digerente (maschi)
- 39) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie apparato respiratorio (maschi)
- 40) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: traumatismi e avvelenamenti (maschi)
- 41) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema genito-urinario (maschi)
- 42) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema osteomuscolare e tessuti connettivi (maschi)
- 43) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema nervoso e organi dei sensi (maschi)
- 44) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie del sistema circolatorio (femmine)
- 45) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: tumori (femmine)
- 46) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie apparato digerente (femmine)
- 47) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie apparato respiratorio (femmine)
- 48) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: traumatismi e avvelenamenti (femmine)
- 49) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema genito-urinario (femmine)
- 50) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema osteomuscolare e tessuti connettivi (femmine)
- 51) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: malattie sistema nervoso e organi dei sensi (femmine)
- 52) rischio di ricovero ospedaliero *stand.* per: complicanze gravidanza, parto e puerperio (femmine)

**indicatore di
appropriatezza**
(peso = 1/6)

fonte:
"Atlante Sanitario"

anni: 2005

Grafico 3 - L'indicatore sintetico di qualità (Isq) delle prestazioni sanitarie (Umbria = 100)



fonte: elaborazioni CeRM su database di Tavola 7

6. La frontiera efficiente spesa-qualità e le correzioni per raggiungerla

La distanza di ogni Regione rispetto alla spesa *standardizzata* (i.e. la sovraspesa) può essere letta in controtuce tenendo conto dell'indicatore sintetico di qualità (Isq), per verificare in quale misura si possa sostenere che i maggiori scarti dallo *standard* siano riconducibili a Regioni che "investono" in qualità o se, al contrario, spese più elevate e improduttive coesistono con bassi livelli di qualità.

Si procede innanzitutto a riportare in un piano cartesiano tutte le coordinate regionali di sovraspesa e qualità, come nel *Grafico 4*. Il *Grafico 4* mette chiaramente in luce l'esistenza di una correlazione negativa fra qualità e sovraspesa. Più in particolare, si possono individuare due gruppi ben distinti di Regioni che forniscono *performance* esattamente opposte: da un lato, tutte le Regioni del Sud, le Isole e il Lazio si contraddistinguono per elevata sovraspesa e bassi livelli di qualità; dall'altro, le restanti 3 Regioni del Centro e 5 Regioni del Nord, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia e Veneto, combinano bassa sovraspesa ad elevata qualità. Liguria, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta costituiscono un gruppo a sé stante, in quanto presentano valori intermedi per entrambe le dimensioni. Per queste tre Regioni, si può affermare che, nonostante la buona qualità, esse spendono troppo per ottenerla. Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio mostrano le *performance* peggiori.

La relazione decrescente tra sovraspesa e qualità non permette di ricorrere alle usuali tecniche per definire una esaustiva frontiera efficiente spesa-qualità. Si propongono i seguenti quattro scenari che tentano di utilizzare al meglio le informazioni scaturenti dai dati.

SCENARIO 1

Lo *Scenario 1* si limita a considerare l'unica porzione della frontiera efficiente tracciabile senza dover ricorrere ad assunzioni aggiuntive. In questo senso, esso può essere definito lo scenario metodologicamente più "rigoroso". Si tratta del segmento lineare congiungente la posizione del Friuli Venezia Giulia con quella dell'Umbria. Queste due Regioni mostrano combinazioni di spesa e qualità non "dominate" da altre Regioni. L'Umbria ha uno scarto di sovraspesa rispetto al Friuli Venezia Giulia, ma riesce a trasformarla in maggior qualità. Di fatto, si tratta dell'unico tratto di frontiera lungo il quale la relazione sovraspesa-qualità è crescente. La vicinanza relativa delle due Regioni (nel piano cartesiano dove sono raffigurate tutte le Regioni) permette anche di evitare di formulare ipotesi sulla concavità della curva con cui congiungere le loro posizioni, e optare per la linearità.

Qualunque punto del segmento è di frontiera e, per ciò stesso, efficiente. Per calcolare gli aggiustamenti che le altre Regioni dovrebbero compiere si sceglie, tuttavia, la posizione dell'Umbria, prediligendo la combinazione in cui la qualità è la più elevata osservabile in Italia. Così facendo, nel calcolare le traiettorie che le altre Regioni dovrebbero compiere per raggiungere il *benchmark* Umbria, si dà più peso alla conversione di sovraspesa in qualità rispetto a quel che accadrebbe se, per esempio, il *benchmark* fosse il Friuli Venezia Giulia.

La *Tavola 8* e il *Grafico 5* descrivono le traiettorie delle varie Regioni verso la frontiera. Ogni traiettoria è un vettore di due componenti: la riduzione di spesa e l'aumento della qualità. I vettori sono rappresentati anche nel *Grafico 6*.

Le correzioni di spesa più ampie sono a carico delle regioni del Mezzogiorno: si va dal 33% della Campania, a oltre il 24 della Sicilia, al 24 della Puglia. Tranne Marche (0,6%), Emilia Romagna (1,0), Lombardia (1,6), Toscana (2,4), Piemonte (3,1), Veneto (5,2) e Liguria (7,0), tutte le altre Regioni dovrebbero compiere riduzioni di spesa a doppia cifra percentuale.

Ma, proprio per come è stato impostato il *benchmarking*, la correzione di spesa non può essere disgiunta dalla contestuale correzione richiesta sul fronte della qualità. L'incremento più ampio dovrebbe compierlo la Calabria con il 132%, seguito dal 96,1 della Puglia, dal 88,7 della

Campania e della Sicilia, dal 78,6 del Lazio, dal 75,4 della Basilicata e della Sardegna. Il 63,9 del Molise e il 61,3 dell'Abruzzo chiudono il gruppo delle correzioni più macroscopiche di qualità. Trova conferma uno dei risultati più importanti di *SaniRegio1*, ovvero la coesistenza di *gap* di spesa e di *gap* di qualità: lì dove la spesa è più inefficiente, anche la qualità è bassa, e queste due caratteristiche sono espressione della medesima inadeguatezza di *governance*.

Nel complesso dei risultati, ricapitolati in *Grafico 6*: Umbria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lombardia, Marche e Veneto sono le Regioni con le migliori combinazioni spesa-qualità; all'opposto, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia e Lazio le realtà più devianti. Per inciso, questa evidenza è coerente con la scelta delle prime Regioni come *benchmark* su cui impostare il confronto tra profili di spesa *pro-capite* per fasce di età, all'interno dell'altro approccio di comparazione interregionale sviluppato da CeRM⁴¹.

Il *Cartogramma 1* fornisce una rappresentazione alternativa, e visivamente efficace, della localizzazione geografica delle sovrappese a livello *pro-capite*.

SCENARIO 2a

Come varianti allo *Scenario 1*, si sviluppano tre scenari aggiuntivi, tutti e tre caratterizzati dal fatto che tentano di completare la raffigurazione della frontiera efficiente al di là del segmento congiungente Friuli Venezia Giulia e Umbria.

Lo *Scenario 2a* ipotizza che il Friuli Venezia Giulia sia Regione *outsider*, che non fa testo per investigare quali siano i rendimenti con cui la spesa può essere efficientemente trasformata in qualità. Come raffigurato nel *Grafico 7*, la frontiera efficiente collega linearmente l'origine del piano cartesiano alla posizione dell'Umbria (rendimenti di scala costanti sino alla posizione dell'Umbria), per poi divenire orizzontale (rendimenti di scala nulli dopo la posizione dell'Umbria).

Per queste sue caratteristiche, lo scenario può essere definito "accomodante" nei confronti delle Regioni devianti. Infatti, le contrazioni di spesa, necessarie per raggiungere la frontiera con spostamenti orizzontali, sono rese meno pretenziose evitando di considerare l'esistenza di una Regione, come il Friuli Venezia Giulia, che è quella con il miglior livello di efficienza nella spesa. E, inoltre, anche gli aumenti di qualità, necessari per raggiungere la frontiera con spostamenti verticali, sono resi meno stringenti evitando di considerare che, a fronte di spese superiori rispetto a quelle dell'Umbria, bisognerebbe essere in grado di fornire qualità superiori rispetto alla stessa Umbria. Qui, invece, si dà la possibilità, alle Regioni che si collocano alla destra e al di sotto dell'Umbria (tutte, tranne il Friuli Venezia Giulia), di giustificare la loro spesa raggiungendo almeno lo stesso livello di qualità dell'Umbria.

Dietro questa scelta si possono suggerire alcune argomentazioni a supporto. Tra queste, quella che la frontiera efficiente (*i.e.* la funzione di produzione con *input* la spesa e *output* la qualità delle prestazioni) può non essere unica per tutte le Regioni, soprattutto nella fase di avvio delle nuove regole federaliste quando, durante la transizione, saranno ancora presenti divari di infrastrutturazione sanitaria in grado di incidere negativamente sia sull'efficienza della spesa che sulla qualità delle prestazioni. Altra argomentazione ha a che vedere con le interazioni endogene tra sistema sanitario e sistema-Regione nel suo complesso, e tra sistemi sanitari e socio-sanitari appartenenti a Regioni contigue. Esternalità negative, che si producono sia internamente alla Regione sia tra una Regione e l'altra, possono rendere più complicate le traiettorie per raggiungere la frontiera efficiente, al di là dei demeriti delle singole amministrazioni e *governance*. Tali esternalità riguarderebbero soprattutto il Mezzogiorno, dove si trovano confinanti l'una con l'altra le Regioni con i problemi più gravi di controllo e qualità della spesa.

Per tener conto di questo tipo di problematiche, specifiche del fase di cambiamento della *governance* e di transizione, alle Regioni con i *gap* più ampi di qualità potrebbe esser chiesto di evitare correzioni di spesa che nell'immediato potrebbero avere anche effetti controproducenti, ma di provvedere ad innalzare la qualità delle prestazioni per raggiungere almeno il livello dell'Umbria. Lo *Scenario 2a* si pone in questa prospettiva di analisi.

Diversamente dallo *Scenario 1*, qui le due misure di correzione possono essere considerate anche in maniera disgiunta, o lo spostamento orizzontale (riduzione della spesa) o quello

⁴¹ Cfr. "Benchmarking e standard su profili di spesa per età", su www.cermlab.it.

verticale (aumento della qualità). I valori di quest'ultimo sono gli stessi già osservati nella componente verticale del vettore descrivente la traiettoria verso l'Umbria nello *Scenario 1*. I valori delle correzioni di spesa, invece, sono più ampi di quelli osservati nella componente orizzontale del vettore descrivente la traiettoria verso l'Umbria nello *Scenario 1*. Le differenze dipendono dal fatto che adesso la spesa efficiente da raggiungere è inferiore rispetto a quella dell'Umbria. Per esempio, la Campania, che nello *Scenario 1* deve correggere del 33%, adesso è chiamata a correggere di quasi il 35%.

Nel passaggio tra lo *Scenario 1* e lo *Scenario 2a*, le correzioni necessarie nella spesa aumentano soprattutto per le Regioni del Mezzogiorno. Per le altre Regioni, e soprattutto quelle a ridosso dell'Umbria, i due scenari forniscono evidenze sostanzialmente equivalenti. Il dettaglio dei risultati è descritto alla *Tavola 9* e al *Grafico 7*.

SCENARIO 2b

Lo *Scenario 2b* è costruito per essere simmetrico e opposto rispetto allo *Scenario 2a*. Se quest'ultimo è "accomodante" e tende a tenere bassa e il più possibile circoscritta la frontiera efficiente, lo *Scenario 2b* fa l'esatto contrario, e tende a spostarla a sinistra e verso l'alto.

Se la posizione del Friuli Venezia Giulia testimonia che, con la spesa di questa Regione, è possibile il livello di qualità elevato che questa stessa Regione eroga, allora la prima parte di frontiera efficiente adesso corrisponde all'asse delle ordinate, nel tratto congiungente l'origine con le coordinate del Friuli Venezia Giulia.

Inoltre, se tra la posizione del Friuli Venezia Giulia e quella dell'Umbria è tracciabile l'unico tratto inequivoco di frontiera con rendimenti di scala (*i.e.* di trasformazione di spesa in qualità) positivi e costanti, in luogo dell'ipotesi che i rendimenti si annullino passate le coordinate dell'Umbria (come nello *Scenario 2a*), qui si ipotizza che anche dopo l'Umbria restino confermati gli stessi rendimenti positivi e costanti. In altri termini, a partire dal Friuli Venezia Giulia la frontiera assume la forma di una retta a coefficiente angolare positivo, passante anche per le coordinate dell'Umbria.

La vicinanza nello spazio cartesiano di Friuli Venezia Giulia e di Umbria (per entrambe le dimensioni della spesa e della qualità) comporta che il coefficiente angolare resti sufficientemente contenuto, e non faccia assumere alla frontiera andamenti palesemente irrealistici. Tuttavia, si deve sottolineare come questo *Scenario 2b* debba per forza essere inteso come un *upper-bound*, dal momento che la frontiera efficiente, che in questo caso è anche funzione di produzione con *input* la spesa e *output* la qualità, dovrebbe realisticamente avere rendimenti decrescenti ed essere concava verso il basso. Lo *Scenario 2a* traccia un *lower-bound*, lo *Scenario 2b* un *upper-bound*.

Le Regioni per le quali si registrano le variazioni maggiori rispetto allo *Scenario 1* e allo *Scenario 2a* sono quelle del Mezzogiorno, assieme al Lazio. Per queste Regioni risultano evidenziati sia l'inefficienza di spesa che il basso livello di qualità. Per Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Liguria, lo *Scenario 2b* pone in risalto l'inefficienza della spesa: nonostante la buona qualità già offerta, queste Regioni, per il livello di sovrappeso che le contraddistingue, dovrebbero riuscire ad offrire un livello qualitativo superiore a quello dell'Umbria, dopo aumenti dell'indicatore sintetico di qualità pari al 42,3% per il Trentino Alto Adige, al 57,6 per la Liguria, e al 66,8 per la Valle d'Aosta.

Le Regioni con le *performance* peggiori restano Campania, Sicilia, Puglia e Calabria. La prima dovrebbe o ridurre la spesa del 36%, o aumentare la qualità di oltre il 266. La seconda o del 27,1% la spesa, o del 212,3 la qualità. La terza o del 27% la spesa, o del 22,5 la qualità. La quarta o del 18,2% la spesa, o del 230 la qualità. Gravi *gap* anche per il Lazio, che dovrebbe o ridurre la spesa del 15,3%, o aumentare la qualità di oltre il 155.

Il dettaglio dei risultati è descritto alla *Tavola 10* e al *Grafico 8*.

SCENARIO 2c

Il gruppo degli Scenari 2 è completato con lo *Scenario 2c*. Si tratta di una combinazione dei primi due, dal momento che la frontiera efficiente è la stessa dello *Scenario 2b* nel primo tratto (dall'origine degli assi sino alla posizione del Friuli Venezia Giulia), poi coincide con il segmento congiungente Friuli Venezia Giulia e Umbria, e infine prosegue orizzontalmente come nello *Scenario 2a*. Le correzioni verticali (aumenti di qualità) sono le medesime descritte

nello *Scenario 2a*; mentre le correzioni orizzontali (riduzioni di spesa) sono le stesse descritte nello *Scenario 2b*.

L'ampliamento della frontiera viene mantenuto verso sinistra, continuando a farla coincidere con l'asse delle ordinate sino alle coordinate del Friuli Venezia Giulia. Ma al di là dell'Umbria, verso destra, si opta per la soluzione più "accomodante", ovvero quella di una frontiera orizzontale, passante per le coordinate dell'Umbria e parallela all'asse delle ascisse.

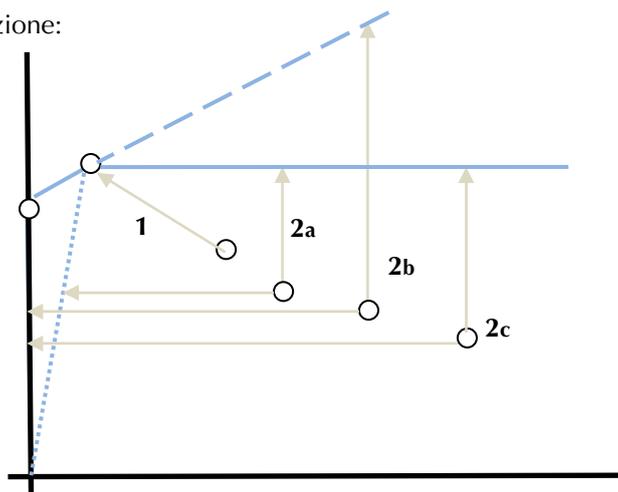
La prima scelta si motiva con il fatto che essa non richiede ipotesi aggiuntive così stringenti, rispetto al considerare il Friuli Venezia Giulia una Regione *outsider* come nello *Scenario 1*. Se esiste una Regione che, con spesa perfettamente allineata allo *standard*, riesce a fornire una elevata qualità (l'ottava più elevata in Italia), allora quell'equilibrio è emulabile dalle altre Regioni, con le opportune azioni di politica economica.

La seconda scelta, invece, si motiva proprio per il fatto che è difficile formulare ipotesi sui rendimenti della funzione di produzione spesa-qualità nella zona cartesiana a destra dell'Umbria. È presumibile che i rendimenti siano positivi, ma non si dispone di una loro quantificazione, sia pure nell'ordine di grandezza. Si preferisce, per questo motivo, la soluzione di *lower-bound*.

Il dettaglio dei risultati è descritto alla *Tavola 11* e al *Grafico 9*.

Nel complesso, gli *Scenari 2* permettono di fissare degli intervalli *min-max* per le correzioni da apportare alla spesa e alla qualità. Questi intervalli sono descritti al *Grafico 10* per la spesa, al *Grafico 11* per la qualità, e alla *Tavola 12* per una ricapitolazione di insieme.

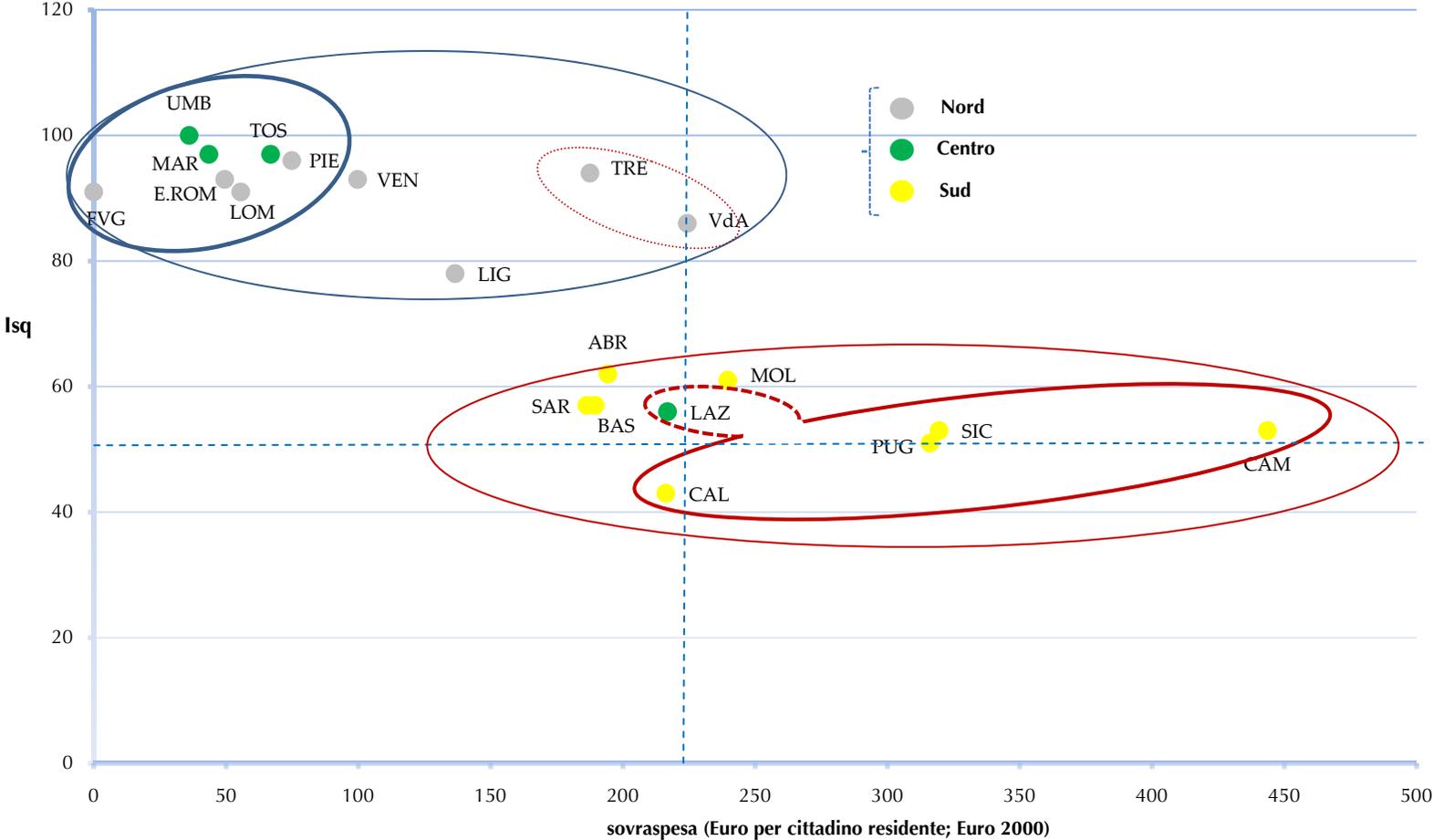
Gli scenari di simulazione:



Considerando tutti e quattro gli scenari sviluppati, le quantificazioni confermano il quadro che si percepisce a prima vista nel *Grafico 4*; quello di un Paese spaccato in due parti, con il Centro-Nord su livelli di efficienza e qualità di gran lunga superiori rispetto al Mezzogiorno. Sovraspesa e bassa qualità vanno di pari passo, due facce della stessa medaglia, due espressioni interagenti di governi e di amministrazioni locali che hanno davanti ampi margini di razionalizzazione e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni. Il Lazio entra "a pieno titolo" tra le Regioni più devianti. Nel comparazione tra ere geografiche, però, non si devono tacere i tre casi della valle d'Aosta, del Trentino Alto Adige e della Liguria (tutte e tre Regioni del Nord), dove la qualità è elevata, ma si spende troppo per ottenerla.

Confrontando i valori degli aggiustamenti nei vari scenari, lo *Scenario 1* si rivela, come era anche intuibile, quello più realistico ancorché arduo nei *target*. Aggiustamenti solo orizzontali non sarebbero sostenibili perché la dimensione della qualità integra direttamente i livelli essenziali di assistenza. I valori di questi aggiustamenti hanno un interesse euristico-interpretativo, perché completano la descrizione e l'apprezzamento delle grandezze.

Grafico 4 - Combinazioni qualità e sovrappesa



NOTA: combinazione fra indicatore sintetico di qualità (Isq) e sovrappesa; la sovrappesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione *i*-esima e l'effetto fisso del Friuli Venezia Giulia

Tavola 8 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark - SCENARIO 1

Regioni	sovraspesa pro-capite vs. FVG ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG}$; Euro)	Isq (numero indice)	spesa pro-capite media 1997-2007 (Euro)	riduzione spesa vs. UMBRIA (Euro)	riduzione spesa (% spesa media)	aumento qualità (punti di numero indice)	aumento qualità (% indice di qualità)
Valle d'Aosta	224,4	86	1465	188,3	12,8	14	16,3
Trentino Alto Adige	187,6	94	1453,3	151,5	10,4	6	6,4
Liguria	136,6	78	1436,9	100,5	7,0	22	28,2
Lazio	216,9	56	1415	180,8	12,8	44	78,6
Molise	239,6	61	1333,5	203,5	15,3	39	63,9
Emilia Romagna	49,5	93	1311,1	13,4	1,0	7	7,5
Friuli Venezia Giulia	0	91	1281,8	EFF	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	194,3	62	1281,6	158,2	12,3	38	61,3
Umbria	36,1	100	1277,2	EFF	EFF	EFF	EFF
Toscana	66,9	97	1267,7	30,8	2,4	3	3,1
Piemonte	74,9	96	1266,8	38,8	3,1	4	4,2
Sardegna	186,4	57	1245,8	150,3	12,1	43	75,4
Marche	43,5	97	1244,1	7,4	0,6	3	3,1
Campania	443,6	53	1231,2	407,5	33,1	47	88,7
Veneto	99,7	93	1229,8	63,6	5,2	7	7,5
Lombardia	55,6	91	1221,2	19,5	1,6	9	9,9
Calabria	216,2	43	1190,2	180,1	15,1	57	132,6
Sicilia	319,5	53	1177,1	283,4	24,1	47	88,7
Puglia	316,1	51	1170,2	280	23,9	49	96,1
Basilicata	189,6	57	1149,1	153,5	13,4	43	75,4

	Sud
	Centro
	Nord

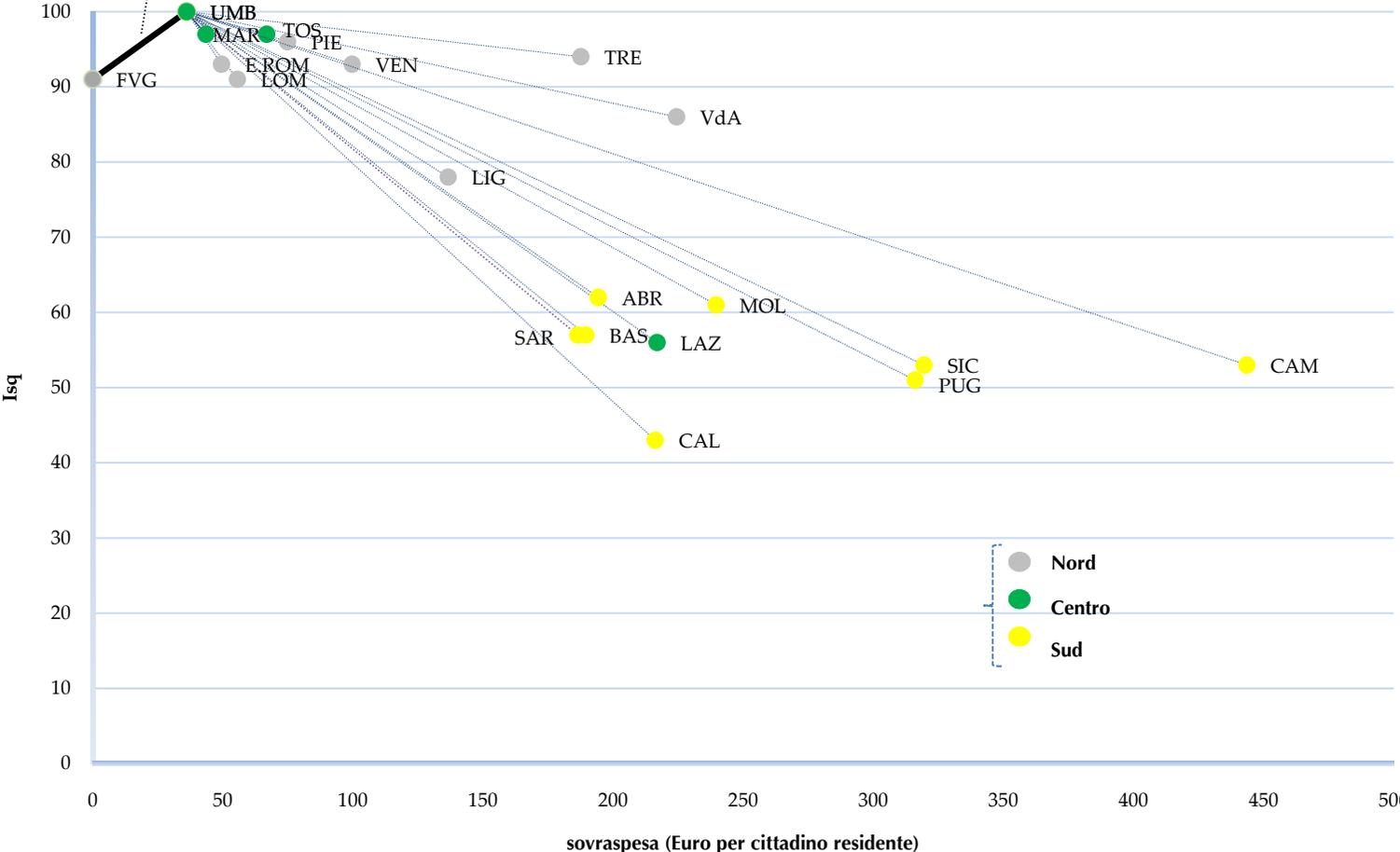
fonte: elaborazioni CeRM

N.B.: le variazioni % di spesa e di qualità sono approssimate alla seconda cifra decimale

porzione della frontiera di produzione inequivocabilmente posizionabile sulla base dei dati

Grafico 5 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark

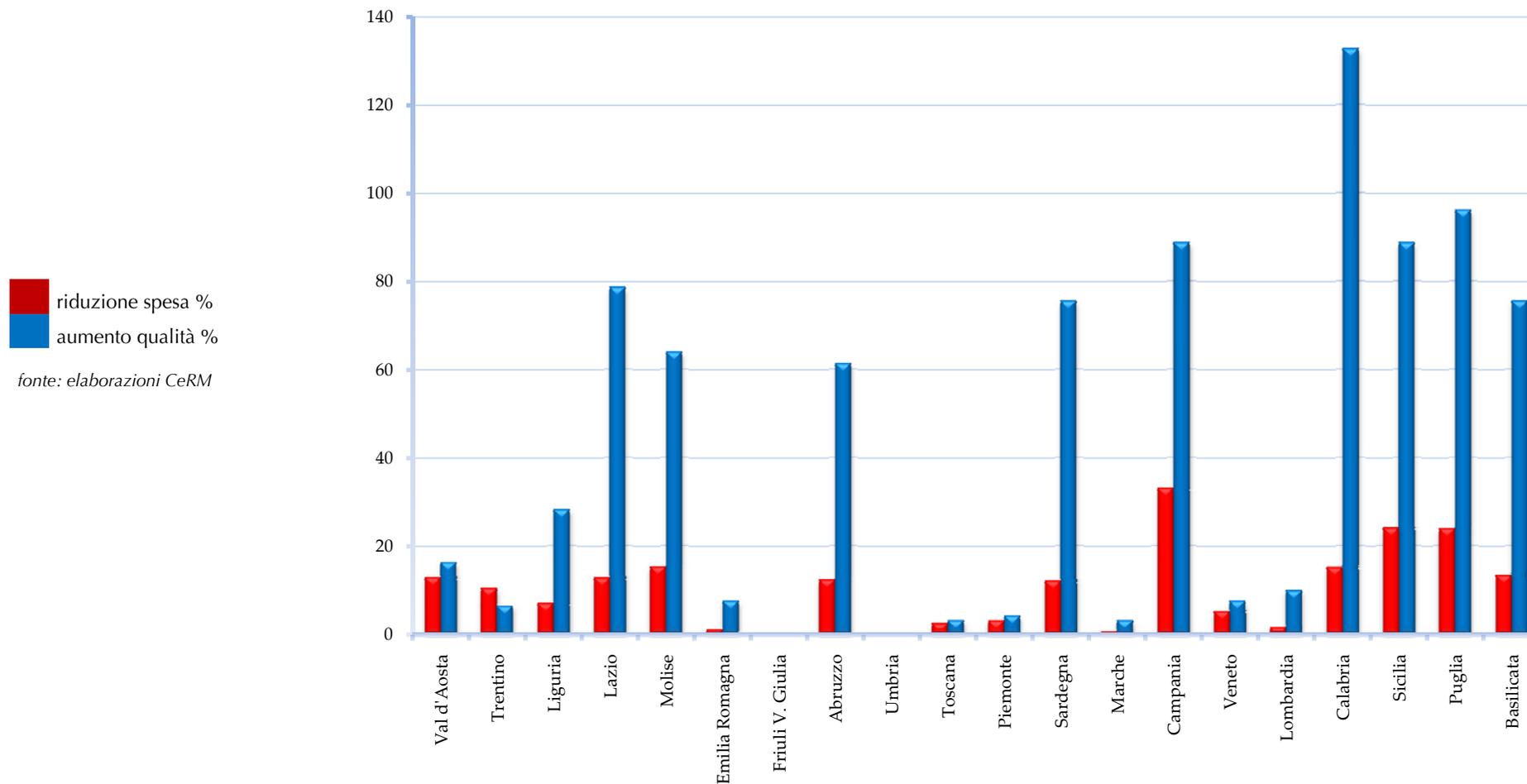
SCENARIO 1 = traiettorie sull'Umbria



NOTA 1: combinazione fra indicatore sintetico di qualità (Isq) e sovraspesa; la sovraspesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione i-esima e l'effetto fisso del Friuli Venezia Giulia
NOTA 2: a tutte le Regioni, diverse dall'Umbria e dal Friuli Venezia Giulia, è assegnato un vettore di spostamento sulla posizione dell'Umbria

Grafico 6 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark (% valori di partenza)

SCENARIO 1 = traiettorie sull'Umbria



Cartogramma 2 – Visualizzazione alternativa dello SCENARIO 1
Componente orizzontale del vettore traiettoria verso Umbria ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{UMBRIA}$)

Visualizzazione grafica delle risorse correnti pro-capite che le Regioni dovrebbero arrivare a liberare nel contempo garantendo lo stesso livello di qualità dell’Umbria:



fonte: elaborazioni CeRM con ScapeToad [si suggerisce lettura combinata con precedente Tavola 8]

NOTA: i punti arancio indicano le posizioni di Umbria e Friuli Venezia Giulia, che di fatto scompaiono nella metrica del cartogramma

Tavola 9 - Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark - SCENARIO 2a

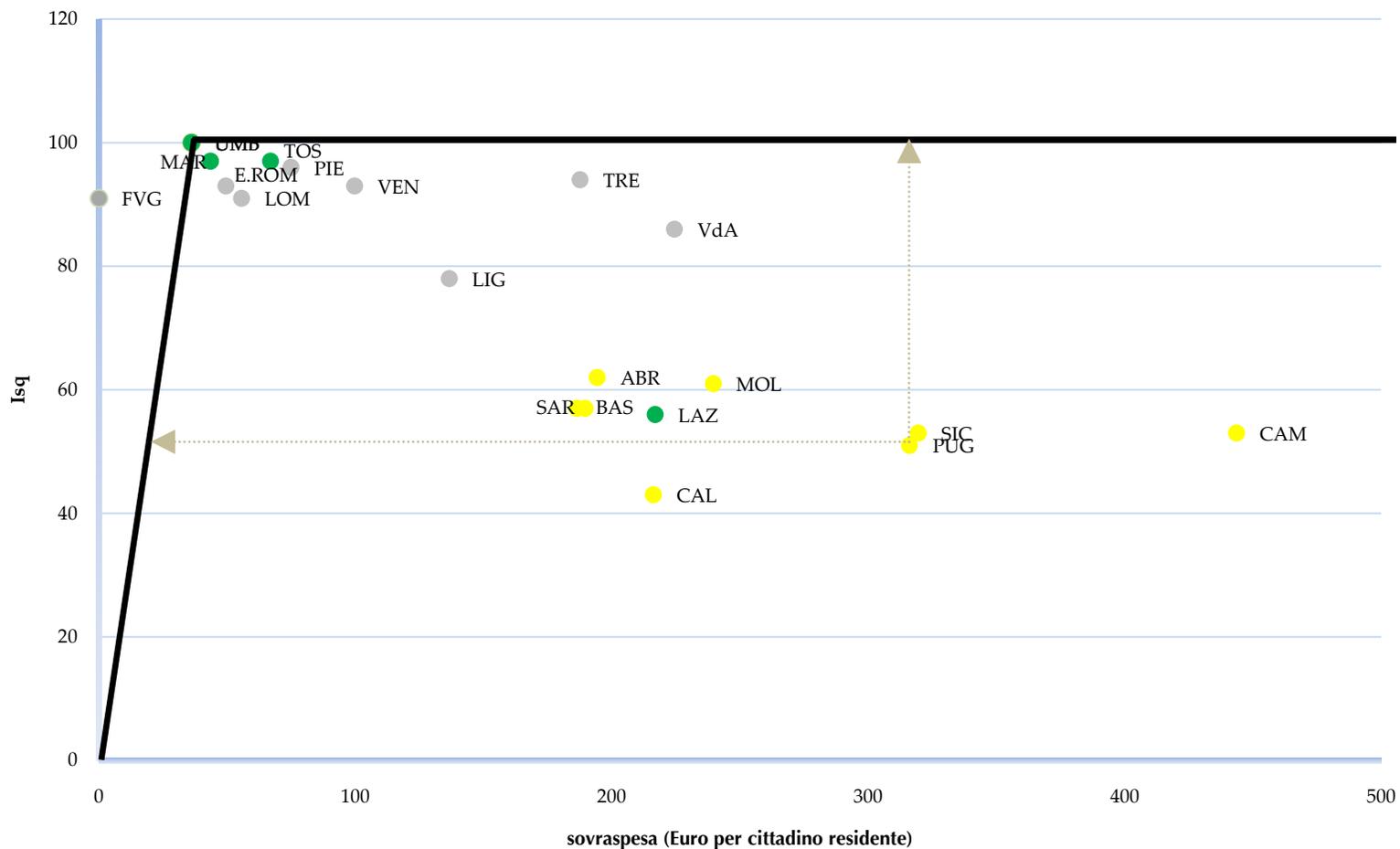
Regioni	sovraspesa pro-capite vs. FVG ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG}$; Euro)	Isq (numero indice)	spesa pro-capite media 1997-2007 (Euro)	correzione orizzontale (Euro)	riduzione spesa (% spesa media)	correzione verticale (punti di numero indice)	aumento qualità (% indice di qualità)
Valle d'Aosta	224,4	86	1465,0	195,3	13,3	14	16,3
Trentino Alto Adige	187,6	94	1453,3	149,8	10,3	6	6,4
Liguria	136,6	78	1436,9	108,9	7,6	22	28,2
Lazio	216,9	56	1415,0	204,2	14,4	44	78,6
Molise	239,6	61	1333,5	217,6	16,3	39	63,9
Emilia Romagna	49,5	93	1311,1	17,0	1,3	7	7,5
Friuli Venezia Giulia	0,0	91	1281,8	EFF	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	194,3	62	1281,6	173,4	13,5	38	61,3
Umbria	36,1	100	1277,2	EFF	EFF	EFF	EFF
Toscana	66,9	97	1267,7	30,7	2,4	3	3,1
Piemonte	74,9	96	1266,8	41,7	3,3	4	4,2
Sardegna	186,4	57	1245,8	168,5	13,5	43	75,4
Marche	43,5	97	1244,1	8,5	0,7	3	3,1
Campania	443,6	53	1231,2	429,5	34,9	47	88,7
Veneto	99,7	93	1229,8	67,5	5,5	7	7,5
Lombardia	55,6	91	1221,2	26,2	2,1	9	9,9
Calabria	216,2	43	1190,2	205,5	17,3	57	132,6
Sicilia	319,5	53	1177,1	304,5	25,9	47	88,7
Puglia	316,1	51	1170,2	300,9	25,7	49	96,1
Basilicata	189,6	57	1149,1	171,5	14,9	43	75,4

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

N.B.: le variazioni % di spesa e di qualità sono approssimate alla seconda cifra decimale

Grafico 7 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark
SCENARIO 2a = traiettorie orizzontali (a parità di qualità) o verticali (a parità di sovraspesa)



NOTA 1: combinazione fra indicatore sintetico di qualità (Isq) e sovraspesa; la sovraspesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione *i*-esima e l'effetto fisso del Friuli Venezia Giulia
NOTA 2: a tutte le Regioni, diverse dall'Umbria e dal Friuli Venezia Giulia, sono assegnati due scalari di spostamento, uno verticale e uno orizzontale

Tavola 10 - Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark - SCENARIO 2b

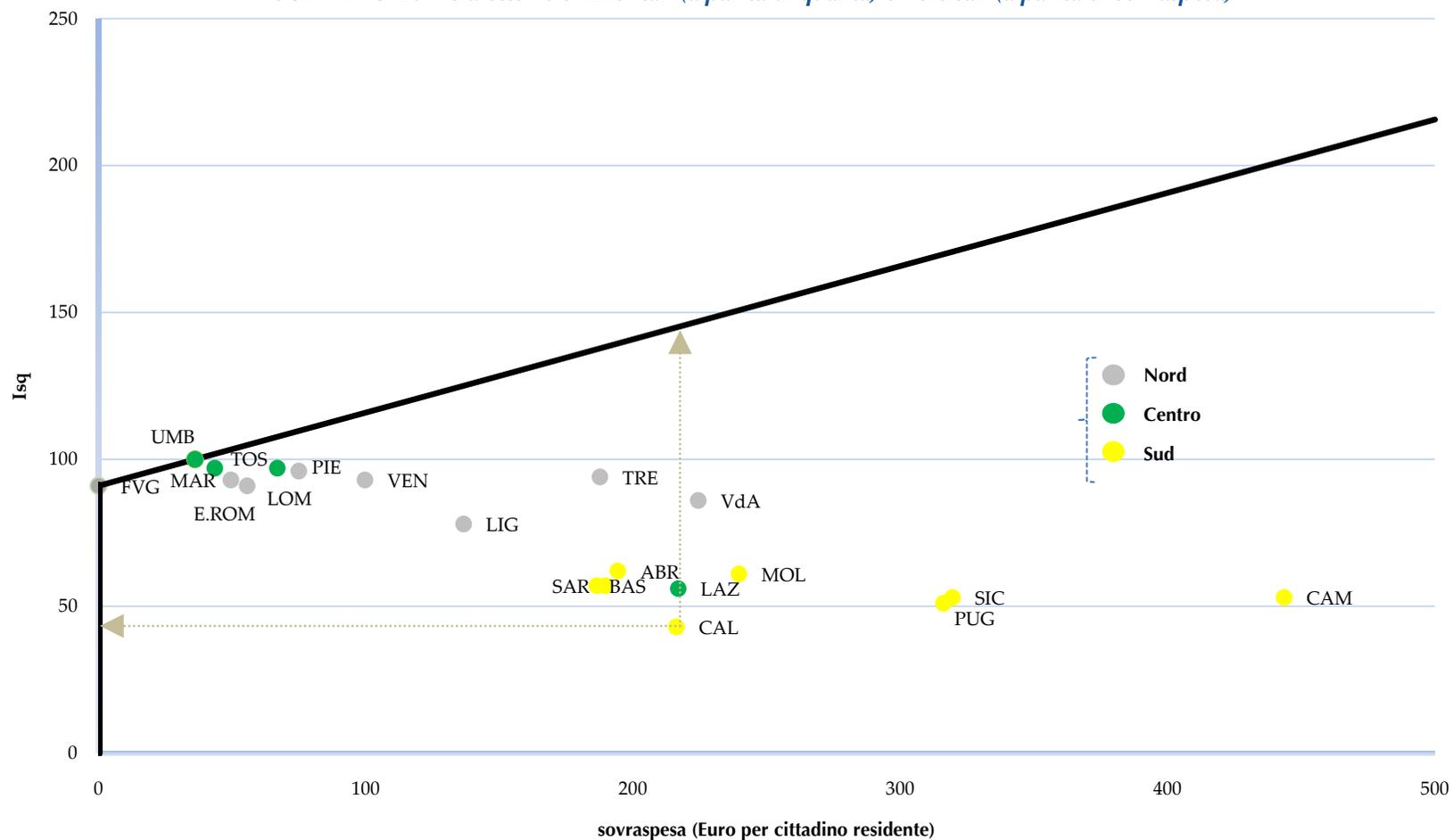
Regioni	sovraspesa pro-capite vs. FVG ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG}$; Euro)	Isq (numero indice)	spesa pro-capite media 1997-2007 (Euro)	correzione orizzontale vs. FVG (Euro)	riduzione spesa (% spesa media)	correzione verticale (punti di numero indice)	aumento qualità (% indice di qualità)
Valle d'Aosta	224,4	86	1465,0	224,4	15,3	57	66,8
Trentino Alto Adige	187,6	94	1453,3	173,6	11,9	40	42,3
Liguria	136,6	78	1436,9	136,6	9,5	45	57,6
Lazio	216,9	56	1415,0	216,9	15,3	87	155,0
Molise	239,6	61	1333,5	239,6	18,0	85	139,9
Emilia Romagna	49,5	93	1311,1	44,8	3,4	10	11,0
Friuli Venezia Giulia	0,0	91	1281,8	EFF	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	194,3	62	1281,6	194,3	15,2	74	119,8
Umbria	36,1	100	1277,2	EFF	EFF	EFF	EFF
Toscana	66,9	97	1267,7	42,6	3,4	10	10,1
Piemonte	74,9	96	1266,8	57,6	4,5	13	13,7
Sardegna	186,4	57	1245,8	186,4	15,0	78	136,3
Marche	43,5	97	1244,1	20,5	1,6	5	4,8
Campania	443,6	53	1231,2	443,6	36,0	141	266,3
Veneto	99,7	93	1229,8	95,3	7,8	22	23,5
Lombardia	55,6	91	1221,2	55,6	4,6	14	15,6
Calabria	216,2	43	1190,2	216,2	18,2	99	230,0
Sicilia	319,5	53	1177,1	319,5	27,1	112	212,3
Puglia	316,1	51	1170,2	316,1	27,0	113	222,5
Basilicata	189,6	57	1149,1	189,6	16,5	78	137,5

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

N.B.: le variazioni % di spesa e di qualità sono approssimate alla seconda cifra decimale

Grafico 8 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark
SCENARIO 2b = traiettorie orizzontali (a parità di qualità) o verticali (a parità di sovraspesa)



NOTA 1: combinazione fra indicatore sintetico di qualità (Isq) e sovraspesa; la sovraspesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione *i*-esima e l'effetto fisso del Friuli Venezia Giulia
NOTA 2: a tutte le Regioni, diverse dall'Umbria e dal Friuli Venezia Giulia, sono assegnati due scalari di spostamento, uno verticale e uno orizzontale

Tavola 11- Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark - SCENARIO 2c

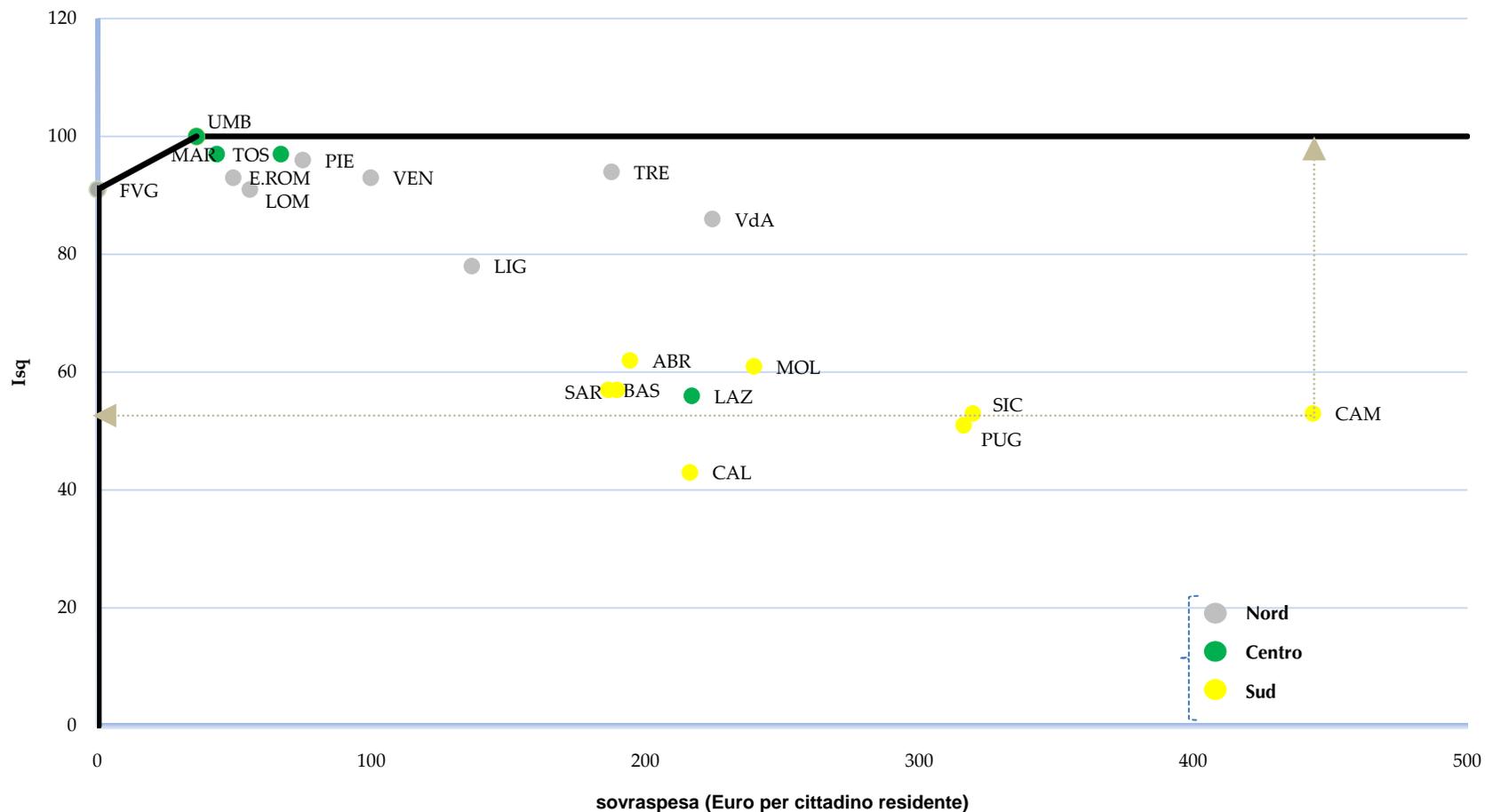
Regioni	sovraspesa pro-capite vs. FVG ($\hat{\mu}_i - \hat{\mu}_{FVG}$; Euro)	Isq (numero indice)	spesa pro-capite media 1997-2007 (Euro)	correzione orizzontale vs. FVG (Euro)	riduzione spesa (% spesa media)	correzione verticale (punti di numero indice)	aumento qualità (% indice di qualità)
Valle d'Aosta	224.4	86	1465.0	224.4	15,3	14	16,3
Trentino Alto Adige	187.6	94	1453.3	173.6	11,9	6	6,4
Liguria	136.6	78	1436.9	136.6	9,5	22	28,2
Lazio	216.9	56	1415.0	216.9	15,3	44	78,6
Molise	239.6	61	1333.5	239.6	18,0	39	63,9
Emilia Romagna	49.5	93	1311.1	44.8	3,4	7	7,5
Friuli Venezia Giulia	0.0	91	1281.8	EFF	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	194.3	62	1281.6	194.3	15,2	38	61,3
Umbria	36.1	100	1277.2	EFF	EFF	EFF	EFF
Toscana	66.9	97	1267.7	42.6	3,4	3	3,1
Piemonte	74.9	96	1266.8	57.6	4,5	4	4,2
Sardegna	186.4	57	1245.8	186.4	15,0	43	75,4
Marche	43.5	97	1244.1	20.5	1,6	3	3,1
Campania	443.6	53	1231.2	443.6	36,0	47	88,7
Veneto	99.7	93	1229.8	95.3	7,8	7	7,5
Lombardia	55.6	91	1221.2	55.6	4,6	9	9,9
Calabria	216.2	43	1190.2	216.2	18,2	57	132,6
Sicilia	319.5	53	1177.1	319.5	27,1	47	88,7
Puglia	316.1	51	1170.2	316.1	27,0	49	96,1
Basilicata	189.6	57	1149.1	189.6	16,5	43	75,4

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

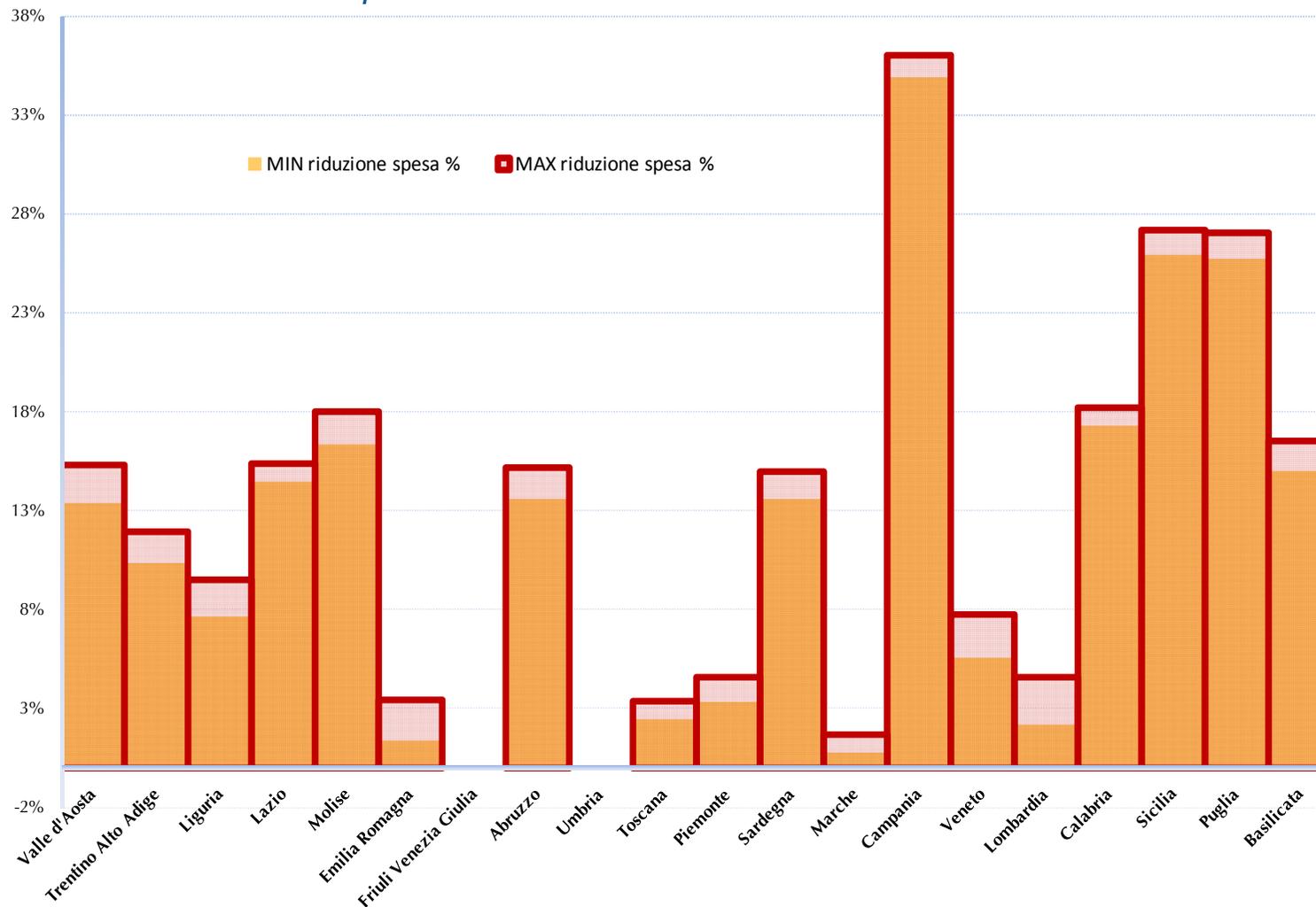
N.B.: le variazioni % di spesa e di qualità sono approssimate alla seconda cifra decimale

Grafico 9 – Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark
SCENARIO 2c = traiettorie orizzontali (a parità di qualità) o verticali (a parità di sovraspesa)



NOTA 1: combinazione fra indicatore sintetico di qualità (Isq) e sovraspesa; la sovraspesa è calcolata come differenza fra l'effetto fisso della Regione *i*-esima e l'effetto fisso del Friuli Venezia Giulia
NOTA 2: a tutte le Regioni, diverse dall'Umbria e dal Friuli Venezia Giulia, sono assegnati due scalari di spostamento, uno verticale e uno orizzontale

Grafico 10 – Riduzioni di spesa per raggiungere il benchmark
Complesso SCENARI 2a/2b/2c = intervallo MIN-MAX di correzione



**Grafico 11 – Aumenti di qualità per raggiungere il benchmark
 Complesso SCENARI 2a/2b/2c = intervallo MIN-MAX di correzione**

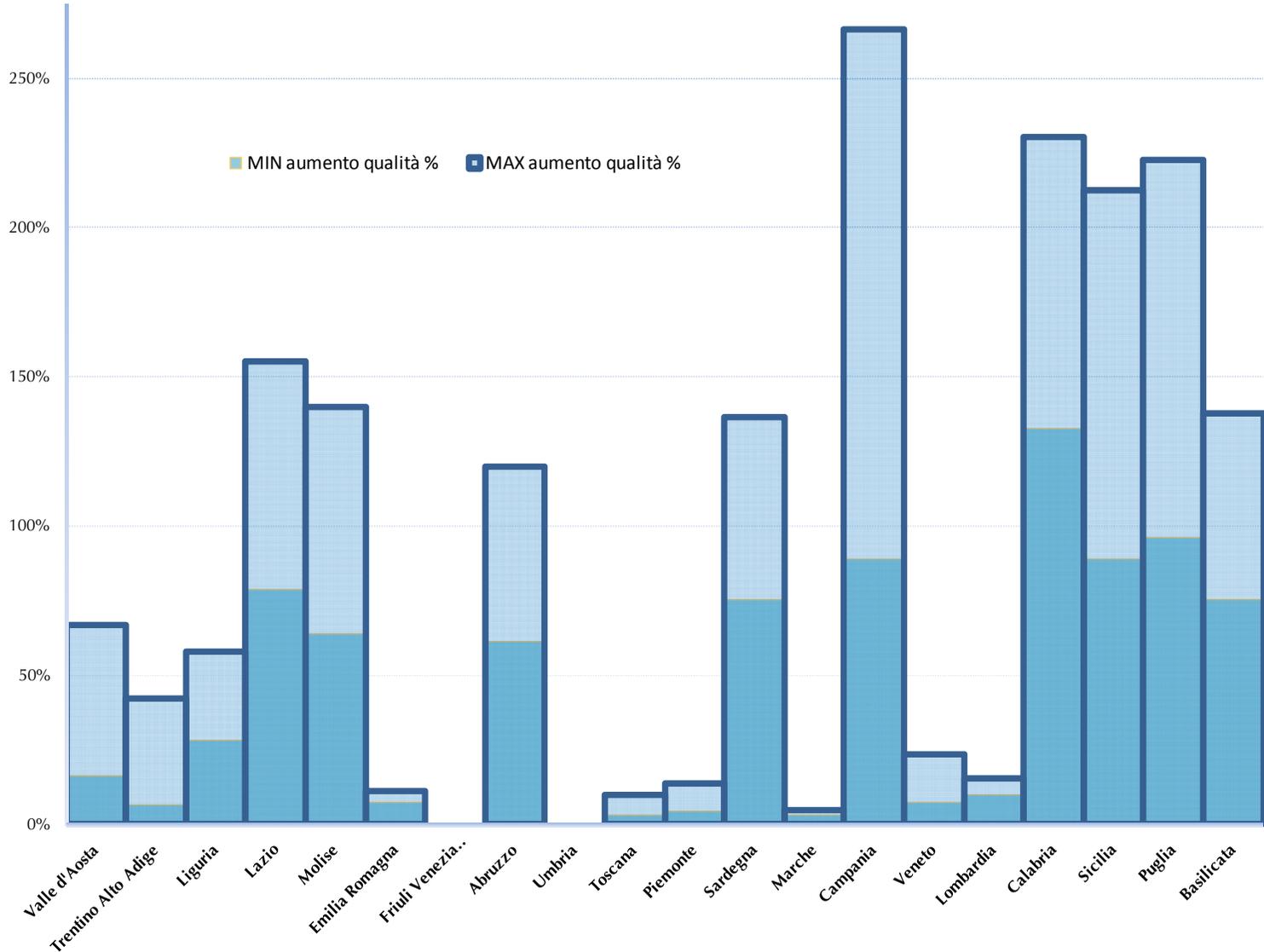


Tavola 12- Correzioni di spesa e di qualità per raggiungere il benchmark

SCENARI 2a/2b/2c = intervallo MIN-MAX di correzione

Regioni	riduzione spesa %		aumento qualità %	
	MIN	MAX	MIN	MAX
Valle d'Aosta	13,3%	15,3%	16,3%	66,8%
Trentino Alto Adige	10,3%	11,9%	6,4%	42,3%
Liguria	7,6%	9,5%	28,2%	57,6%
Lazio	14,4%	15,3%	78,6%	155,0%
Molise	16,3%	18,0%	63,9%	139,9%
Emilia Romagna	1,3%	3,4%	7,5%	11,0%
Friuli Venezia Giulia	EFF	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	13,5%	15,2%	61,3%	119,8%
Umbria	EFF	EFF	EFF	EFF
Toscana	2,4%	3,4%	3,1%	10,1%
Piemonte	3,3%	4,5%	4,2%	13,7%
Sardegna	13,5%	15,0%	75,4%	136,3%
Marche	0,7%	1,6%	3,1%	4,8%
Campania	34,9%	36,0%	88,7%	266,3%
Veneto	5,5%	7,8%	7,5%	23,5%
Lombardia	2,1%	4,6%	9,9%	15,6%
Calabria	17,3%	18,2%	132,6%	230,0%
Sicilia	25,9%	27,1%	88,7%	212,3%
Puglia	25,7%	27,0%	96,1%	222,5%
Basilicata	14,9%	16,5%	75,4%	137,5%

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

Tabola 13 – SCENARIO 1 di SaniRegio2 vs. SaniRegio1

Regioni	SCENARIO 1 di SaniRegio2		SaniRegio1 ⁴²
	riduzione spesa pro-capite (% spesa media)	↔ aumento qualità (% indice di qualità)	riduzione spesa pro-capite a parità qualità (% spesa media)
Valle d'Aosta	12,8	16,3	8,8
Trentino Alto Adige	10,4	6,4	17,1
Liguria	7,0	28,2	14,1
Lazio	12,8	78,6	17,1
Molise	15,3	63,9	12,4
Emilia Romagna	1,0	7,5	1,9
Friuli Venezia Giulia	EFF	EFF	EFF
Abruzzo	12,3	61,3	13,0
Umbria	EFF	EFF	EFF
Toscana	2,4	3,1	2,6
Piemonte	3,1	4,2	0,5
Sardegna	12,1	75,4	6,2
Marche	0,6	3,1	1,5
Campania	33,1	88,7	31,9
Veneto	5,2	7,5	2,5
Lombardia	1,6	9,9	0,9
Calabria	15,1	132,6	11,1
Sicilia	24,1	88,7	24,7
Puglia	23,9	96,1	23,0
Basilicata	13,4	75,4	9,1

	Sud
	Centro
	Nord

fonte: elaborazioni CeRM

⁴² Cfr. Pammolli F., Papa L., Salerno N. C. (2009), "La spesa sanitaria pubblica in Italia - Dentro la 'scatola nera' delle differenze regionali", Quaderno Cerm n. 2-2009 [<http://www.cermlab.it/pub/group/q/item/106>].

Neppure aggiustamenti solo verticali sono sostenibili. Nello *Scenario 2b* la maggior parte delle correzioni assume valori troppo elevati e a carattere puramente teorico. Ma per le Regioni più devianti, la sovraspesa è talmente elevata che anche la prospettiva “accomodante” alla base dello *Scenario 2a* e dello *Scenario 2c* non può essere considerata come direttamente operativa. Si trascurerebbero, altrimenti, delle ampie sacche di inefficienza e spreco, in presenza delle quali sarebbe anche utopico chiedere che le stesse Amministrazione che non riescono a risolverle possano, su un piano diverso ma sempre influenzato dalla capacità di *governance*, conquistare miglioramenti significativi lungo la dimensione della qualità.

Anche gli aggiustamenti verticali hanno una valenza euristica-interpretativa. Il loro valore è un utile punto di riferimento per la definizione dei percorsi di convergenza e dei tempi in cui completarla. Per forza di cose, l’applicazione degli *standard* dovrà avvenire con modalità certe, irrevocabili, ma anche graduali su un arco di tempo ragionevole⁴³. La gradualità può divenire di più facile applicazione se la transizione, invece che concentrata sulla sola dimensione della spesa, viene condotta con progressi continui su entrambe le dimensioni, della spesa e della qualità⁴⁴.

In questo senso, i valori degli aggiustamenti verticali costituiscono un argomento importante per costruire l’intesa tra Stato e Regioni sul disegno della transizione. Alla possibilità di ridurre la sovraspesa in un tempo più lungo dovranno corrispondere precise garanzie che, contemporaneamente, saranno raggiunti traguardi concreti sul fronte della qualità, verificabili anno per anno, ora nel sistema delle Conferenze e domani all’interno del Senato Federale. L’ordine di grandezza di quale dovrebbe essere la qualità teorica, da raggiungere se si volesse giustificare integralmente la sovraspesa, permette di mettere tutte le Regioni di fronte alle loro responsabilità, fornendo un quadro completo dei *gap* da sanare e aiutando a creare, nell’opinione pubblica, i presupposti di consenso alle riforme.

A chiusura di questo capitolo, la *Tavola 13* presenta un confronto *SaniRegio2 vis-à-vis SaniRegio1*. I due modelli - il secondo perfezionato a distanza di oltre due anni del primo - condividono strumentazione statistico-econometrica e chiave generale di lettura, ma si differenziano per la scelta delle variabili esplicative, l’aggiornamento delle loro serie storiche, il numero delle specificazioni del modello *panel* stimato (in *SaniRegio1* la specificazione era una sola), i criteri di quantificazione degli aggiustamenti necessari nella spesa e nella qualità.

In particolare, mentre in *SaniRegio1* si presentava solo l’aggiustamento di spesa per raggiungere l’efficienza a parità del livello attuale della qualità, in *SaniRegio2* le quantificazioni coprono sia aggiustamenti orizzontali (correzioni di spesa), che aggiustamenti verticali (correzioni di qualità), e aggiustamenti lungo il vettore congiungente ciascuna Regione al *benchmark* dell’Umbria.

E proprio con riferimento alla quantificazione dei vettori congiungenti le varie Regioni con l’Umbria, la *Tavola 13* descrive il confronto *SaniRegio2 vs. Saniregio1*.

Ci si sarebbe aspettati che *SaniRegio2* richiedesse correzioni di spesa inferiori rispetto a *SaniRegio1*, dal momento che le correzioni di *SaniRegio2* riguardano contestualmente sia riduzioni di spesa che innalzamenti di qualità. Le correzioni di spesa più ampie, infatti, dovrebbero essere quelle da compiersi a parità di qualità (*i.e.* quando non intervengono aumenti di qualità che possano contribuire a spiegare porzioni di sovraspesa). Così non avviene. E le spiegazioni possono essere due e anche concomitanti.

⁴³ La definizione del periodo di transizione è parte del decreto attuativo sul riordino della fiscalità di Regioni e Province e sugli *standard* sanitari, da poco in Gazzetta Ufficiale come D. Lgs. n. 68-2011. Per una serie di motivazioni, nonostante la sua traduzione in legge, il decreto non appare ancora sufficiente ad un completo disegno della transizione. Sul tema, *cf.*: “Regole federaliste per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale”, documento CeRM depositato in sede di audizione presso la Commissione Parlamentare per l’Attuazione del Federalismo Fiscale; “Il riparto del Fsn-2011: Much Ado About Nothing?”, Working Paper CeRM n. 1-2011; “Il riparto del Fsn-2011: Il gioco è valso la candela”, documento di discussione CeRM. Tutti e tre i documenti sono liberamente scaricabili su www.cermlab.it.

⁴⁴ Su questo specifico punto (i legami tra progressi nell’efficienza di spesa e progressi nella qualità), *cf.* *infra* capitolo 8.

In primo luogo, per le Regioni più devianti, la correzione di spesa da compiere a parità di qualità non è così diversa (in Euro assoluti ma soprattutto in percentuale della spesa contabile) da quella da compiere per muovere sulla posizione dell'Umbria. Questa caratteristica dipende sia dalla elevata dispersione delle Regioni nel piano cartesiano della spesa e della qualità, sia dalla marcata correlazione tra inefficienza della spesa e bassa qualità, sia dal fatto che l'Umbria riesce ad offrire la qualità più elevata con una spesa soltanto di poco maggiore rispetto a quella del Friuli Venezia Giulia (la Regione con il più alto livello di efficienza). In altri termini, l'Umbria è talmente performante su entrambe le dimensioni che, per le Regioni più lontane dal *benchmark*, la correzione di spesa a parità di qualità (*output* di *SaniRegio1*) rimane sostanzialmente allineata alla correzione di spesa implicita nel raggiungimento della posizione dell'Umbria (*output* di *SaniRegio2*)⁴⁵.

A questa giustificazione se ne aggiunge un'altra. Nel passaggio tra *SaniRegio1* e *SaniRegio2*, è stata rivista e ampliata la base dati, è cambiata la specificazione del modello in termini di variabili esplicative, sono state anzi proposte quattro differenti specificazioni del modello. Anche da queste modifiche può dipendere il fatto che le correzioni di spesa che in *SaniRegio2* dovrebbero essere abbinata con gli aumenti di qualità, per equipararsi all'Umbria, non siano significativamente e sistematicamente inferiori a quelle che in *SaniRegio1* dovevano avvenire a parità di qualità.

Dal confronto *SaniRegio2* vs. *SaniRegio1* emergono due fatti principali:

- Si radicalizza in qualche modo la territorializzazione dei *gap* di spesa e di qualità, con il Mezzogiorno che, per raggiungere l'Umbria, deve compiere, assieme a correzioni di spesa della stessa entità di quanto emergeva in *SaniRegio1*, anche poderosi innalzamenti della qualità;
- Il *ranking* delle Regioni non cambia (i due *SaniRegio* sono coerenti tra loro), ma viene meglio dettagliato. Un esempio viene dalle posizioni di Campania e Calabria. *SaniRegio1* richiedeva una riduzione di spesa del 31,9% alla prima, e dell'11,1% alla seconda, ragionando a parità di qualità. Adesso *SaniRegio2*, abbinando sempre spesa e qualità nel vettore verso l'Umbria, chiede alla Campania di ridurre la spesa del 33,1% e di aumentare la qualità dell'88,7, mentre chiede alla Calabria di ridurre la spesa del 15,1% e di aumentare la qualità di ben il 132,6% (la Calabria dovrebbe più che raddoppiare la qualità).

⁴⁵ Tra correzione orizzontale (*SaniRegio1*) e componente orizzontale del vettore verso l'Umbria (*SaniRegio2*), la differenza è molto meno significativa di quel che si potrebbe immaginare.

- PARTE III -

L'estensione macroeconomica

7. L'estensione macroeconomica

L'esercizio sinora svolto in termini *pro-capite* ha una immediata estensione macroeconomica.

La successiva *Tavola 14* pone a confronto, Regione per Regione, la spesa effettiva del 2009⁴⁶ con la spesa efficiente o *standardizzata*. La spesa effettiva è quella corrente dedicata ai livelli essenziali di assistenza (Lea), così come riportata alla Tavola SA.3 e alla Tavola SA.4 della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. Indipendentemente dalle fonti di finanziamento (se il Fsn, risorse incardinate nel Fsn, risorse regionali aggiuntive, *copay* dei cittadini), fintantoché la spesa ha natura Lea appare corretto continuare a considerarla integralmente, così come è stato fatto sin dall'inizio sia in *SaniRegio1* che in *SaniRegio2*. La spesa *standardizzata* è quella che si ottiene applicando alla spesa effettiva le correzioni risultanti dallo *Scenario 1* descritto al precedente capitolo. Nell'apprezzare il valore delle risorse che si libererebbero se tutte le Regioni fossero efficienti, non bisogna dimenticare che gli aggiustamenti sul fronte della spesa devono essere abbinati, per essere sufficienti a raggiungere la frontiera (che questo caso corrisponde con la posizione dell'Umbria), a contestuali innalzamenti della qualità. A correzioni di spesa effettuate, tutte le Regioni devono essere in grado di offrire, con le risorse *standard*, almeno la stessa qualità dell'Umbria.

Se tutte le Regioni avessero condiviso la stessa posizione dell'Umbria (stessa qualità, stesso livello di sovraspesa *pro-capite*), la spesa Lea per il 2009 sarebbe stata inferiore di quasi l'11%, passando da quasi 111 miliardi di Euro a poco meno di 99 miliardi. Si sarebbero liberate risorse per oltre 12 miliardi di Euro, equivalenti a poco meno dello 0,8% del Pil 2009. Quattro Regioni danno conto di oltre il 70% delle risorse liberabili: la Campania, con circa 3,5 miliardi di Euro; la Sicilia, con oltre 2,1 miliardi; la Puglia, con oltre 1,7 miliardi; il Lazio, con circa 1,5 miliardi. La Calabria avrebbe potuto liberare circa 565 milioni di Euro (ma più che raddoppiando la sua qualità!). A parte l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia (entrambe *benchmark*), anche Marche e Emilia Romagna si confermano sufficientemente virtuose: la prima avrebbe potuto risparmiare 17 milioni di Euro, la seconda 81 milioni. Il dettaglio regionale in *Tavola 14*.

La *Tavola 15* replica le stesse computazioni aggregate con riferimento alle correzioni di spesa risultanti dai tre *Scenari 2a/b/c* descritti al precedente capitolo. Negli *Scenari 2*, la frontiera è raggiunta tramite spostamenti o orizzontali (riduzioni di spese) o verticali (aumenti di qualità). Qui si fa riferimento agli spostamenti orizzontali e si calcolano gli impatti aggregati del possibile efficientamento, utilizzando il valore minimo e il valore massimo delle correzioni necessarie nella spesa *pro-capite* risultanti dal complesso dei tre *Scenari 2a/b/c*. Il *ranking* delle Regioni non cambia. Circa il 70% delle risorse liberabili si riferiscono a Campania, Sicilia, Puglia e Lazio. Nell'aggregato Italia, il totale delle risorse liberabili si collocherebbe tra 13 e 14,7 miliardi di Euro, per una quota di Pil compresa tra lo 0,86 e lo 0,96%. I risparmi potenziali sfiorerebbero il punto percentuale di Pil.

Il *Cartogramma 3* propone un "colpo d'occhio" sui valori aggregati riportati in *Tavola 14*. Le superfici delle Regioni sono scalate e deformate affinché le proporzioni tra di loro rispecchino le proporzioni tra le rispettive sovraspese (si utilizza il *software opensource* "ScapeToad"). Umbria, Friuli Venezia Giulia e Marche - le Regioni più efficienti - quasi scompaiono nella nuova metrica. Campania, Sicilia, Puglia e Lazio - le Regioni con la più pesante sovraspesa aggregata - diventano geograficamente predominanti.

⁴⁶ Il 2009 è il dato più recente disponibile nel momento in cui il *Wp* è chiuso.

Tavola 14 – SCENARIO 1: estensione macro

SCENARIO 1 SPESA SSN LEA <i>riduzioni di spesa da abbinare ad aumenti di qualità per raggiungere la posizione dell'Umbria</i>				
Regioni	Euro/000	2009		
		effettiva	standardizzata	delta %
Campania	10.476.600	7.008.845	-33,10%	3.467.755
Sicilia	8.718.556	6.617.384	-24,10%	2.101.172
Puglia	7.362.098	5.602.557	-23,90%	1.759.541
Molise	647.486	548.421	-15,30%	99.065
Calabria	3.728.862	3.165.804	-15,10%	563.058
Basilicata	1.078.244	933.759	-13,40%	144.485
Valle d'Aosta	284.311	247.919	-12,80%	36.392
Lazio	11.235.677	9.797.510	-12,80%	1.438.167
Abruzzo	2.437.813	2.137.962	-12,30%	299.851
Sardegna	3.112.487	2.735.876	-12,10%	376.611
Trentino Aldo Adige	2.188.445	1.960.847	-10,40%	227.604
Liguria	3.329.996	3.096.896	-7,00%	233.100
Veneto	8.817.601	8.359.086	-5,20%	458.515
Piemonte	8.522.707	8.258.503	-3,10%	264.204
Toscana	6.938.500	6.771.976	-2,40%	166.524
Lombardia	16.960.356	16.688.990	-1,60%	271.366
Emilia Romagna	8.101.115	8.020.104	-1,00%	81.011
Marche	2.837.457	2.820.432	-0,60%	17.025
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.431.381	0,00%	-
Umbria	1.610.768	1.610.768	0,00%	-
ITALIA	110.820.460	98.815.021	-10,83%	12.005.439

0,79%
del Pil 2009
(1.521 mld /Euro)

fonte: elaborazioni CeRM su Tavola SA.4 di Rgesp [si suggerisce lettura combinata con precedente Grafico 5]

Tavola 15 – SCENARI 2a/b/c: estensione macro

SCENARI 2a/b/c								
SPESA SSN LEA								
riduzioni MIN-MAX di spesa per raggiungere la frontiera con spostamenti ORIZZONTALI								
Regioni	Euro/000	2009						
		effettiva	standardizzata MIN	standardizzata MAX	delta % MIN	delta % MAX	risorse liberabili MIN	risorse liberabili MAX
Campania	10.476.600	6.821.454	6.701.588	-34,9%	-36,0%	3.655.146	3.775.012	
Sicilia	8.718.556	6.462.973	6.351.898	-25,9%	-27,1%	2.255.583	2.366.658	
Puglia	7.362.098	5.469.273	5.373.595	-25,7%	-27,0%	1.892.825	1.988.503	
Molise	647.486	541.823	531.126	-16,3%	-18,0%	105.663	116.360	
Calabria	3.728.862	3.085.158	3.051.369	-17,3%	-18,2%	643.704	677.493	
Basilicata	1.078.244	917.348	900.375	-14,9%	-16,5%	160.896	177.869	
Valle d'Aosta	284.311	246.408	240.765	-13,3%	-15,3%	37.903	43.546	
Lazio	11.235.677	9.614.385	9.513.546	-14,4%	-15,3%	1.621.292	1.722.131	
Abruzzo	2.437.813	2.108.046	2.068.134	-13,5%	-15,2%	329.767	369.679	
Sardegna	3.112.487	2.691.628	2.646.829	-13,5%	-15,0%	420.859	465.658	
Trentino Aldo Adige	2.188.445	1.962.918	1.927.011	-10,3%	-11,9%	225.527	261.434	
Liguria	3.329.996	3.077.534	3.013.488	-7,6%	-9,5%	252.462	316.508	
Veneto	8.817.601	8.333.509	8.134.040	-5,5%	-7,8%	484.092	683.561	
Piemonte	8.522.707	8.242.350	8.135.404	-3,3%	-4,5%	280.357	387.303	
Toscana	6.938.500	6.770.647	6.705.388	-2,4%	-3,4%	167.853	233.112	
Lombardia	16.960.356	16.595.989	16.188.233	-2,1%	-4,6%	364.367	772.123	
Emilia Romagna	8.101.115	7.996.138	7.824.241	-1,3%	-3,4%	104.977	276.874	
Marche	2.837.457	2.817.966	2.790.775	-0,7%	-1,6%	19.491	46.682	
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.431.465	2.431.465	0,0%	0,0%	(84)	(84)	
Umbria	1.610.768	1.616.106	1.616.106	-0,3%	-0,3%	(5.338)	(5.338)	
ITALIA	110.820.460	97.803.118	96.145.376	-11,7%	-13,2%	13.017.342	14.675.084	

fonte: elaborazioni CeRM su tavola SA.4 di Rgsep [si suggerisce lettura combinata con precedente Grafico 10]

0,86%
del Pil 2009

0,96%
del Pil 2009

**Cartogramma 3 – ESTENSIONE MACRO dello SCENARIO 1
Componente orizzontale del vettore traiettoria verso Umbria**

Visualizzazione grafica delle risorse correnti che le Regioni dovrebbero arrivare a liberare, nel contempo garantendo lo stesso livello di qualità dell'Umbria:



fonte: elaborazioni CeRM con ScapeToad [si suggerisce lettura combinata con precedente Tavola 14]

NOTA: i punti arancio indicano le posizioni di Umbria e Friuli Venezia Giulia

Cartogramma 4 – ESTENSIONE MACRO dello SCENARIO 1
Componente verticale del vettore traiettoria verso Umbria

Visualizzazione grafica dei gap di qualità che separano le Regioni dall'Umbria:



fonte: elaborazioni CeRM con ScapeToad [si suggerisce lettura combinata con precedente Tavola 14 e Cartogramma 3]

NOTA 1: i punti arancio indicano le posizioni di Umbria, Marche e Toscana

NOTA 2: questo cartogramma presenta una visualizzazione alternativa dei dati del Grafico 3

Il *Cartogramma 4* utilizza la stessa tecnica per riproporre la visualizzazione grafica dei *gap* di qualità (già nel precedente *Grafico 3*). A Regioni con superfici dalle proporzioni deformate in aumento, corrispondono i *gap* più acuti. Il Mezzogiorno e il Lazio emergono preponderanti da questa metrica. L'Umbria, la Regione con la qualità più elevata, scompare del tutto dalla mappa, mentre si rimpiccioliscono molto Marche e Toscana, due Regioni molto vicine nell'Umbria nel *ranking* di qualità. Liguria e Valle d'Aosta vedono le loro proporzioni geografiche maggiorate, dal momento che sono le due Regioni del Nord che, pur con un accettabile livello di qualità, si trovano *borderline* tra il gruppo del Centro-Nord e il gruppo del Mezzogiorno (cfr. *Grafico 3*)⁴⁷.

I *Cartogrammi 3 e 4* possono essere letti assieme per ottenere una rappresentazione complessiva dei risultati della simulazione dello *Scenario 1* su scala macroeconomica. A colpo d'occhio, è evidente che le Regioni con maggiori problemi di qualità sono le stesse che gestiscono peggio le risorse correnti. Si sottolineano, in particolare, i casi della Basilicata e della Calabria. Queste due Regioni, relativamente poco devianti rispetto alle altre del Mezzogiorno sul piano della spesa (la componente orizzontale del vettore vero l'Umbria), appaiono molto devianti sul fronte della qualità. La qualità della Calabria è la più bassa in Italia secondo l'indicatore sintetico costruito da CeRM, e quella della Basilicata è tra le più basse.

Per precisione, bisogna sottolineare come alcune Regioni, che a livello *pro-capite* fanno registrare sovrappese elevate in termini assoluti e/o in percentuale della spesa contabile, sul piano macroeconomico vedano poi ridimensionata la scala della loro devianza. Questo effetto è riconducibile alla piccola dimensione geografica e al basso numero di cittadini residenti (due aspetti, tra l'altro, generalmente connessi l'un l'altro). Nello specifico, Molise, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, pur avendo scarti percentuali della spesa *standardizzata* da quella contabile, superiori al 10% (il Molise addirittura del 15,3%), nell'aggregato e in termini assoluti hanno devianze tutto sommato contenute, soprattutto se confrontate con i valori medi del Mezzogiorno: meno di 100 milioni di Euro il Molise, poco più di 227 milioni di Euro il Trentino Alto Adige, e poco più di 36 milioni la Valle d'Aosta. Una considerazione simile vale anche per la Liguria che, con uno scarto percentuale *standard vs. contabile* del 7%, a livello aggregato e assoluto produce una devianza di poco più di 233 milioni di Euro⁴⁸.

Sempre per precisione, bisogna sottolineare che esiste anche la casistica opposta e simmetrica; quella di Regioni che, pur poco devianti a livello *pro-capite* e/o in termini percentuali, nell'aggregato risultano molto più devianti perché grandi e popolose. È il caso in primo luogo del Veneto che, pur avendo uno scarto percentuale della spesa *standardizzata* da quella contabile, di poco superiore al 5% (uno dei valori più bassi dopo il *benchmark*), nell'aggregato e in termini assoluti fa registrare una sovrappesa di quasi 460 milioni di Euro. Medesima considerazione per la Lombardia che, con uno scarto percentuale *standard vs. contabile* dell'1,6%, a livello aggregato e assoluto produce una devianza di oltre 271 milioni di Euro.

Tutti i valori aggregati hanno ordini di grandezza di primaria importanza. Gli oltre 12 miliardi di Euro liberabili su scala Paese costituirebbero, per dare un esempio particolarmente significativo, più di 1/5 della correzione strutturale nella spesa pubblica (intesa come uscite complessive sia correnti che di parte capitale) che il Governatore Mario Draghi ha indicato come necessaria al consolidamento delle finanze pubbliche, per riavviare un effettivo riassorbimento del debito pubblico. E indubbiamente colpisce che oltre il 70% dei 12 miliardi si collochi in sole quattro Regioni ovvero, come si è visto, Campania, Sicilia, Puglia e Lazio⁴⁹.

⁴⁷ Se si osserva il *Grafico 3*, dopo la Valle d'Aosta e la Liguria si incontra la discontinuità più marcata nel *ranking* della qualità. In ordine decrescente, si passa dall'86 della Valle d'Aosta, al 78 della Liguria, al 62 dell'Abruzzo. Chiude il *ranking* la Calabria con 43. I valori sono espressi fatto 100 il livello di qualità dell'Umbria.

⁴⁸ Questo aspetto (la diversa scala e il diverso *ranking* nel passaggio dal *pro-capite* al macro) emerge chiaramente confrontando il *Cartogramma 2* (costruito sui dati di sovrappesa *pro-capite*) e il *Cartogramma 3* (sui dati aggregati).

⁴⁹ Draghi ha sottolineato come, per raggiungere il pareggio di bilancio nel 2014 (condizione per reimpostare in tempo rapidi le finanze pubbliche su un sentiero virtuoso), la spesa pubblica debba ridursi strutturalmente del 7%, interessando tutti i principali capitoli di spesa, e evitando il più possibile la "cura tampono" dei tagli lineari e riduzioni drastiche dei progetti infrastrutturali. Nel 2010, la spesa pubblica è ammontata a circa 780 miliardi di Euro, e il 7% a più di 50 miliardi.

E di ordine di grandezza primaria restano anche le risorse liberabili nelle Regioni dove, per motivi di dimensioni e di numero di cittadini residenti, consistenti scarti assoluti e/o percentuali tra spesa *standard* e spesa contabile si traducono in valori aggregati relativamente contenuti rispetto alle cifre imponenti che risultano in Campania, Sicilia, Puglia e Lazio.

Se si considera che non è stato possibile dare continuità di finanziamento al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze che è stato avviato nel 2008 con capitalizzazione pari a 400 milioni di Euro (su scala nazionale!), i 200 milioni che tutte le altre Regioni potrebbero ciascuna mediamente liberare sarebbero il potenziale finanziamento strutturale per altrettanti Fondi Regionali dedicabili alle non autosufficienze. Rispetto al fallito tentativo di avviare il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, tutti i valori risultanti dall'estensione aggregata del *benchmarking*, da quello più piccolo di 36 milioni della Valle d'Aosta a quello di oltre 560 milioni della Calabria, rappresentano leve importanti, anzi strategiche, per la *policy*⁵⁰.

Proprio adesso che si sta puntando sulle riforme "a costo zero"⁵¹, riforme che, attraverso la riorganizzazione federalista, riuscissero a rendere più trasparente e più efficiente la *governance* della sanità sarebbero addirittura "a costo negativo": ingenti risorse pubbliche si libererebbero per rendere sostenibile il finanziamento del sistema e rafforzare la qualità e l'adeguatezza di fronte alle sfide future.

⁵⁰ Tanto più nella fase di bassa crescita e difficoltà di bilancio pubblico in cui l'Italia, assieme tanti altri Paesi di vecchia industrializzazione, è entrata.

⁵¹ È chiaro, anche se avrebbe bisogno di maggior coraggio politico, il messaggio lanciato nel Documento di Economia e Finanza 2001, e in particolare nel Programma Nazionale delle Riforme. Cfr. <http://www.tesoro.it/primo-piano/primo-piano.asp?ppid=26691>.

- PARTE IV -

Lettura conclusiva con indicazioni di *policy*

8. Conclusioni: lettura e indicazioni di *policy*

L'analisi svolta con *Saniregio2* mostra profonde divaricazioni nella *governance* della sanità. Tutto il Mezzogiorno e il Lazio dovrebbero recuperare cospicui margini di efficienza e, con risorse inferiori rispetto a quelle utilizzate oggi per i Lea, riuscire a fornire prestazioni della qualità dell'Umbria, la Regione che si distingue per livello di qualità.

Le Regioni a maggior devianza

Sono cinque le Regioni per le quali il *gap* di efficienza e di qualità risulta particolarmente acuto: Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio. La Campania dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 33% e aumentare la qualità di quasi il 90%, per emulare in tutto e per tutto l'Umbria. La Sicilia dovrebbe ridurre la spesa di oltre il 24% e aumentare la qualità anch'essa di quasi il 90%. La Puglia dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 24% e aumentare la qualità di oltre il 96%. La Calabria dovrebbe ridurre la spesa di poco più 15% e aumentare la qualità di oltre il 132% (un più che raddoppio). Il Lazio, infine, dovrebbe ridurre la spesa di quasi il 13% e aumentare la qualità di oltre il 76% (un ritardo che va soppesato anche alla luce della mobilità in ingresso nel Lazio).

Tradotti in valori assoluti e aggregati, i *gap* di spesa originano valori che colpiscono per gli ordini di grandezza. La Campania dovrebbe liberare risorse per oltre 3,4 miliardi di Euro/anno. La Sicilia per oltre 2,1 miliardi. La Puglia per quasi 1,8 miliardi. Il Lazio per quasi 1,5 miliardi. La Calabria per oltre 560 milioni. Su quest'ultimo dato incide la relativa minor popolosità della Regione rispetto alle altre quattro.

Nel complesso, le cinque Regioni più devianti potrebbero liberare risorse per circa 9,4 miliardi/anno, più del 77% delle risorse, oltre 12 miliardi equivalenti a circa lo 0,8% del Pil, che si libererebbero a livello Paese se tutte le Regioni si posizionassero sulla frontiera efficiente e condividessero le stesse *performance* dell'Umbria, il *benchmark*.

Le altre Regioni

Al di là di questi cinque casi macroscopici, è importante sottolineare anche le posizioni delle altre Regioni:

- L'Umbria e il Friuli Venezia Giulia sono le Regioni che spiccano su entrambe le dimensioni (spesa, qualità). Le uniche due che, almeno in linea di principio, non sarebbero chiamate a interventi correttivi;
- Alla luce dei risultati, le Marche sono accumulabili a Umbria e Friuli Venezia Giulia, mostrandosi quasi allineate allo *standard* per quanto riguarda la spesa, e staccate solo marginalmente sulla qualità;
- Emilia Romagna, Lombardia e Toscana hanno *gap* contenuti sulla spesa (1%, 1,1% e 2,4% rispettivamente), e solo un po' più evidenti sulla qualità (7,5%, 9,9% e 3,1);
- Per Piemonte, Veneto e Liguria i due *gap* si ampliano, pur rimanendo in *range* nettamente migliori della media Italia: per la spesa i *gap* sono, rispettivamente, del 3,1%, del 5,2% e del 7%; per la qualità, del 4,2%, del 7,5%, e del 28,2%;

- La Liguria, in effetti, si rivela Regione *borderline* sotto entrambe le dimensioni: è l'ultima, nell'ordine in cui si sta facendo l'elenco, con *gap* di spesa ad una sola cifra percentuale; se, si escludono i casi del Trentino Alto Adige e della valle d'Aosta, è l'ultima con un *gap* di efficienza non macroscopico (dopo la Liguria c'è un vero "gradino" di qualità come si evince nel Grafico 3);
- Le rimanenti Regioni hanno tutte *gap* di spesa a doppia cifra, che vanno dal 10,4% del Trentino Alto Adige al 15,3% del Molise. Tra queste, solo due hanno un buon livello di qualità, il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta. Il primo con un *gap* di qualità del 6,4%, la seconda del 16,3%. Queste due Regioni a statuto speciale riescono abbastanza bene nella qualità delle prestazioni, anche se spendono troppo per ottenerla. A livello aggregato, la loro devianza risulta contenuta (soprattutto se paragonata ai casi più inefficienti), perché si tratta di realtà di dimensione geografica e popolarità medio-piccole. Il Trentino Alto Adige potrebbe liberare risorse per circa 227 milioni di Euro/anno, la Valle d'Aosta per circa 36 milioni. Tuttavia, la ridotta scala aggregata non deve, per onestà e coerenza di analisi, far soprassedere sui dati di inefficienza di spesa a livello *pro-capite* e a livello percentuale;
- Tutte le altre Regioni, Sardegna, Abruzzo, Basilicata, Molise, abbinano consistenti *gap* di spesa (tutti a doppia cifra) a consistenti *gap* di qualità (rispettivamente, 75%, 61,3%, 75,4%, 63,9%). A livello aggregato, esse potrebbero liberare 377 milioni di Euro/anno, 301 milioni, 145 milioni, e 99 milioni. Ammontari di grandezza considerevole, con riferimento alla struttura del bilancio dello Stato e, ancor di più, del bilancio regionale.

Da SaniRegio1 a SaniRegio2

SaniRegio2 conferma tutti i risultati di *SaniRegio1*, e in chiave di *policy* permette anche alcune considerazioni aggiuntive. Se in *SaniRegio1* i *gap* di spesa erano calcolati a parità qualità, adesso a ciascuna Regione sono attribuite due correzioni da compiersi contemporaneamente, l'una sul fronte della spesa e l'altra della qualità. Le correzioni sono quelle che permetterebbero alle varie Regioni di emulare le *performance* dell'Umbria, individuata come *benchmark* (assieme al Friuli Venezia Giulia). Adesso il *benchmark* è più concreto e realistico (i risultati che l'Umbria ha dimostrato essere possibili), rispetto alla condizione di "a parità di qualità" che, per il livello qualitativo gravemente deficitario di molte Regioni soprattutto del Mezzogiorno, in *SaniRegio1* assumeva una valenza prettamente teorica/euristica. Le correzioni di spesa suggerite da *SaniRegio2* dovrebbero avvenire, non per giustificare il basso livello attuale di qualità, ma assieme all'aumento della qualità sino al livello dell'Umbria⁵².

La dimensione dei *gap* di spesa

Per apprezzare l'entità delle risorse, si deve riflettere che gli oltre 12 miliardi, liberabili se tutte le Regioni riuscissero ad emulare l'Umbria, equivalgono ad oltre 1/5 della correzione strutturale della spesa pubblica che il Governatore Mario Draghi ha auspicato nel suo commento alla Decisione di Finanza Pubblica 2011. Tale dovrebbe essere la correzione sul lato della spesa pubblica per realizzare l'obiettivo del pareggio di bilancio nel 2014 e riavviare un percorso virtuoso di costante riassorbimento del debito pubblico.

⁵² In precedenza si è anche osservato come, per la particolare disposizione delle Regioni nel piano cartesiano sovraspesa-qualità (gruppo bassa sovraspesa e alta qualità vs. gruppo alta sovraspesa e bassa qualità), in effetti non ci sia grande differenza tra la correzione orizzontale a parità di qualità (*SaniRegio1*) e la componente orizzontale del vettore di correzione verso l'Umbria (*SaniRegio2*).

Ma ancor più significativo è il paragone con il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze che, inaugurato nel 2008 con una capitalizzazione di 400 milioni di Euro, non è stato possibile continuare a finanziare a causa della crisi e dei problemi di finanza pubblica. Dai risultati di *SaniRegio2* emerge che, con le risorse liberabili, potrebbe essere avviato, su basi strutturali, un fondo con oltre 12 miliardi di capitalizzazione, tale da poter mediamente dedicare a ciascuna Regione un ammontare annuo di risorse superiore a quello stanziato su scala Paese nel 2008. È questo l'esempio più indicativo dell'urgenza delle riforme e del completamento della transizione federalista. Infatti, i risparmi da efficientamento dovrebbero auspicabilmente essere reinvestiti in sanità, per migliorare adeguatezza e sostenibilità economica delle prestazioni. Oggi l'Italia dedica alla sanità Lea una percentuale di Pil sostanzialmente allineata a quella dei maggiori *Partner Ue*, e l'obiettivo delle riforme e del federalismo non è quello di ridurre questa quota, ma di ottimizzare l'allocazione delle risorse, a cominciare dalla copertura di ambiti di prestazioni sinora sottosviluppate o inesistenti come quelle per i lungodegenti.

Un altro esempio di rilievo è il confronto con la spesa in conto capitale della Pubblica Amministrazione. Nel 2010, nel bilancio consolidato della PA gli investimenti fissi lordi sono ammontati a poco meno di 32 miliardi di Euro, in contrazione di oltre 6 miliardi rispetto al 2009, causa la crisi economica⁵³. Le risorse annualmente liberabili nel solo Ssn conterebbero per oltre il 37% di quanto la Pubblica Amministrazione annualmente dedica ai programmi di investimento, inclusi quelli riguardanti il sistema sanitario. Una quota di primaria importanza, soprattutto di fronte alle esigenze di rinnovamento ad ampio spettro delle infrastrutture del Paese⁵⁴.

Il ruolo della perequazione infrastrutturale

Quest'ultimo esempio è utile ad introdurre il tema del grado di infrastrutturazione dei Ssr, e dell'impatto che le infrastrutture hanno sia sull'efficienza della spesa che sulla qualità delle prestazioni. Una lettura approfondita dei risultati di *SaniRegio2* non può prescindere dalla considerazione del diverso grado di infrastrutturazione dei Ssr.

Il *Grafico 12a* riporta i valori di un indicatore sintetico di infrastrutturazione dei Ssr costruito da Paradisi-Brunini⁵⁵. Il Mezzogiorno è staccato di circa 25 punti percentuali rispetto alla media Italia. Il Centro è sostanzialmente allineato alla media. Nord Ovest e Nord Est superano la media di oltre 15 punti percentuali (il Nord Est di quasi 20). Tra il Nord Est e il Mezzogiorno il *gap* è di circa 45 punti percentuali (fatto 100 il livello di infrastrutturazione dell'Italia).

Il *Grafico 12b* riporta, della stessa fonte Paradisi-Brunini, lo spaccato regionale. Si sottolineano le posizioni dell'Umbria e delle Marche, Regioni che, nonostante mostrino valori intermedi dell'indicatore di infrastrutturazione, sono ai vertici dell'indicatore sintetico di qualità (cfr. *Grafico 3*). Bisognerebbe approfondire con dati regionali, ma si tratta probabilmente di un esempio del fatto che le "strategie" di offerta non sono *tout court* vincolate alla dotazione di capitale fisico, e che deospedalizzazione, integrazione socio-sanitaria e prevenzione (non a caso le "parole chiave" della sanità futura) possono, grazie ad una rete di prestazioni più continua e vicina all'origine dei bisogni, essere strumenti importanti per l'adeguatezza e qualità.

⁵³ Cfr. <http://www.cermlab.it/grafici.php?doc=61>.

⁵⁴ Oltre che per la sanità, il tema è estremamente attuale anche per il trasporto pubblico locale e per i servizi pubblici locali in generale. Mentre si chiude questo *Wp*, Stato e Regioni stanno discutendo dello stanziamento di 425 milioni aggiuntivi per la gestione del trasporto pubblico locale ("Tpl"). Il confronto Stato-Regioni sul Tpl sta diventando, nella logica pervasiva e preponderante di contrattazione contingente che ancora permea la maggior parte dei rapporti tra livelli di governo, un sorta di "merce di scambio" per proseguire lungo la strada del federalismo. Ma necessità di investimenti pubblici riguardano anche le strutture scolastiche e universitarie, l'impianto viario e ferroviario, i nodi intermodali, etc..

⁵⁵ Paradisi F., C. Brunini (2006), "Le infrastrutture in Italia - Un'analisi provinciale della dotazione e della funzionalità", pubblicazione nelle collane dell'Istat http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512_00/inf_0607_infrastrutture_in_Italia.pdf.

Grafico 12a – Il livello di infrastrutturazione dei Ssr

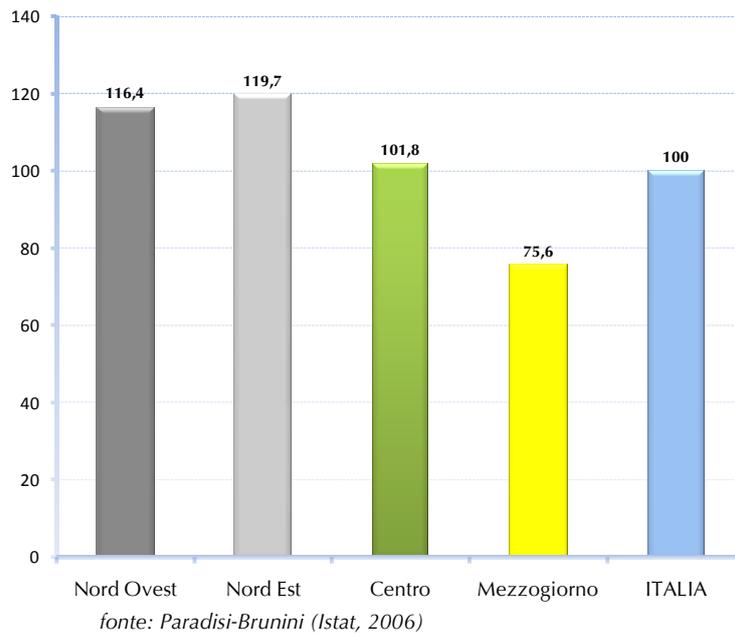
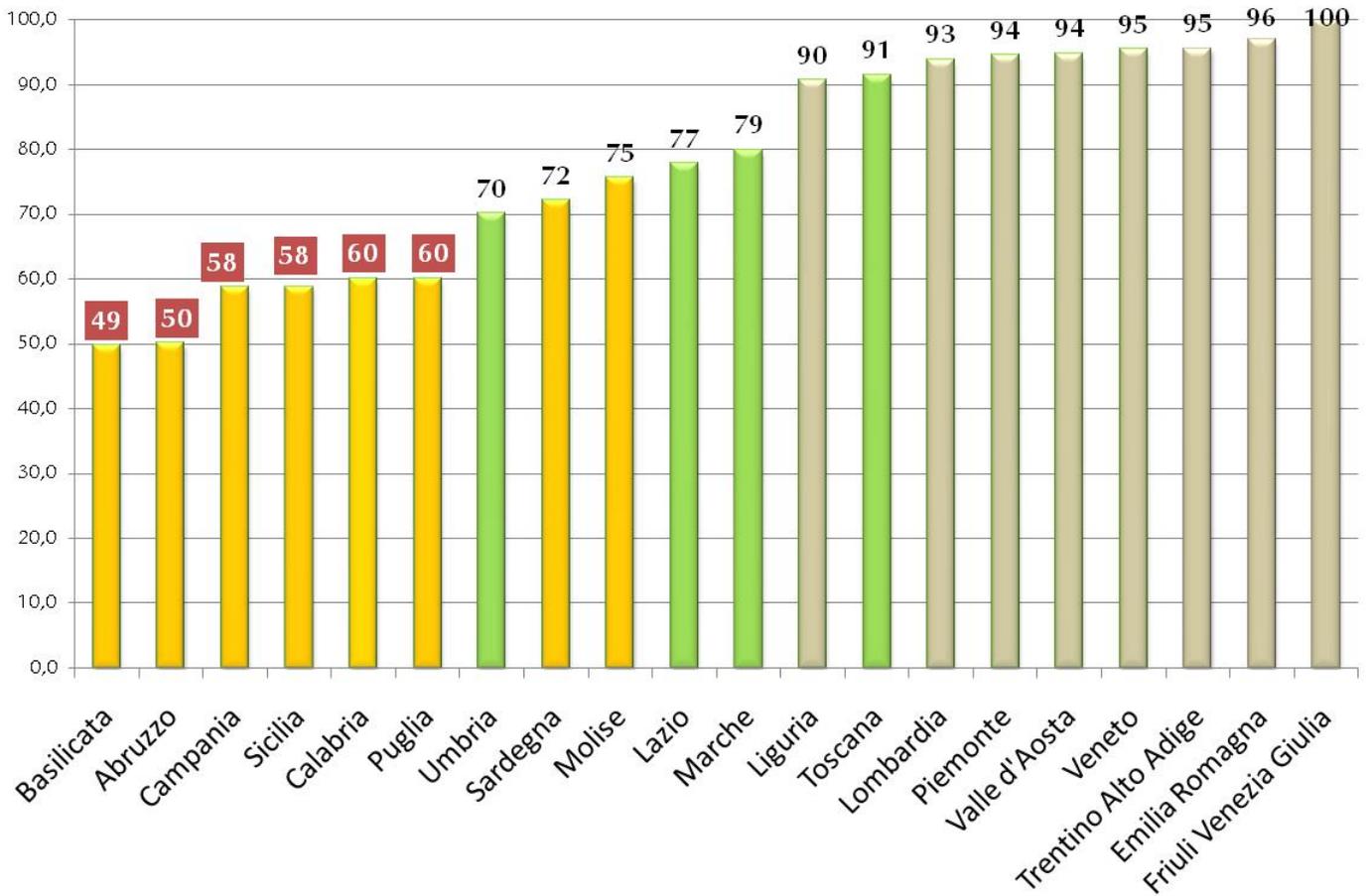


Grafico 12b – Il livello di infrastrutturazione dei Ssr



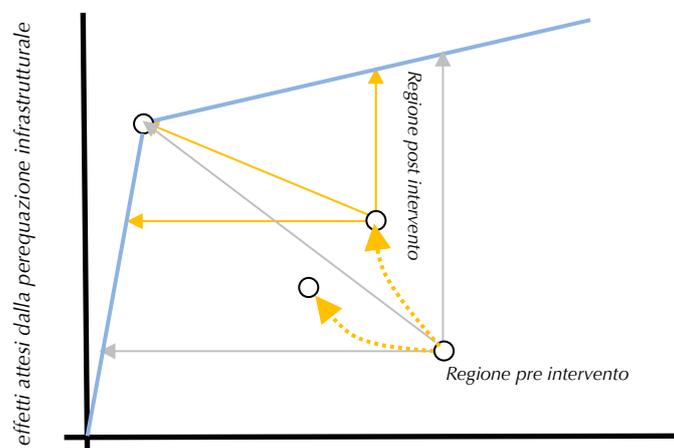
Nella struttura di *SaniRegio2* (come anche di *SaniRegio1*), le variabili dal lato dell'offerta, e tra queste le infrastrutture ricettive e tecnologiche, concorrono a giustificare la spesa. Le Regioni più infrastrutturate hanno più capacità di offrire prestazioni, di incontrare la domanda di terapie, e di conseguenza la loro spesa trova, a parità di tutto il resto (a parità delle altre variabili esplicative utilizzate nel *panel*), maggior ragion d'essere. L'esatto contrario avviene per le Regioni meno infrastrutturate, dove l'assenza o la relativa debolezza di capacità di offerta fa venir meno dei fattori di giustificazione della spesa.

Una argomentazione speculare può essere fatta per la dimensione della qualità. Per come è costruito l'indicatore sintetico di qualità CeRM, il grado di infrastrutturazione va ad incidere su tutti e quattro i suoi sottoindicatori: incide sugli *outcome* di interventi e terapie (l'infrastruttura è strumentale all'operatività dei Ssr); incide sulla soddisfazione percepita e dichiarata dai cittadini; incide sui flussi di mobilità (che normalmente si muovono da Regioni sottodotate a Regioni ben infrastrutturate); incide, infine, sull'appropriatezza delle prestazioni, misurata dai rischi di ricoveri ordinari e di ricoveri per ricadute e complicanze (cfr. *Tavola 7*). Ma, indipendentemente dalla forma specifica dell'indicatore utilizzato in *SaniRegio2*, tra adeguatezza dell'infrastrutturazione e qualità delle prestazioni c'è un legame diretto: le infrastrutture e le dotazioni strumentali sono condizioni necessarie, ancorché spesso non sufficienti e mediate dalla qualità di *governance* e di professionalità, per offrire prestazioni di qualità.

Inoltre, il livello di infrastrutturazione influenza l'efficienza anche secondo un altro canale. Strutture e apparecchiature adeguate e moderne favoriscono le soluzioni terapeutiche migliori e la loro tempestiva applicazione, con ciò riducendo la casistica delle ricadute e delle complicanze. Si potrebbero, inoltre, fare numerosi esempi di infrastrutture moderne con costi di gestione inferiori rispetto a omologhe infrastrutture vecchie (si pensi al consumo energetico, oppure agli aspetti della logistica, o alla necessità di interventi di manutenzione straordinaria, etc.).

Se il grado di infrastrutturazione influenza l'efficienza della spesa e il livello di qualità, questo significa che programmi *ad hoc* di perequazione infrastrutturale - ben disegnati, efficaci, gestiti in modo tale da aiutare a recuperare il *deficit* di *governance* delle Regioni sottodotate e non di esserne negativamente coinvolti - possono da soli avvicinare le varie Regioni, e in particolare quelle del Mezzogiorno, verso la Regione *benchmark*. Tali programmi, in altri termini, potrebbero funzionare come *break* strutturali in grado di reimpostare sia le condizioni di partenza delle Regioni nel piano cartesiano sovrappeso-qualità, sia le leve di *policy* a disposizione di ciascuna Regione per condurre la *governance* del suo sistema sanitario.

Qui di seguito si propone una esemplificazione grafica degli effetti di interventi di perequazione strutturale. Un programma *ad hoc* avrebbe la potenzialità di spostare la Regione *pre-intervento* lungo le due direzioni indicate dalle linee tratteggiate arancio (una delle due, a seconda della tipologia dell'intervento), sino alla posizione della Regione *post-intervento*, più vicina alla frontiera efficiente, più vicina alla Regione *benchmark*.



Il coinvolgimento, nella lettura dei risultati, della dimensione della perequazione infrastrutturale permette un collegamento in più, dopo quello con il *SaniRegio1*. I risultati di *SaniRegio2* sono coerenti anche con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di età, l'altra metodologia elaborata da CeRM parallelamente all'approccio econometrico dei due *SaniRegio*⁵⁶.

Infatti, quando si applica la spesa *pro-capite* per fasce di età della Regione *benchmark* (o del gruppo di Regioni *benchmark*) alla struttura demografica delle altre Regioni, al fine di misurare gli scarti di spesa aggregata, si sta implicitamente supponendo che tutte le Regioni possano ottenere gli stessi risultati del *benchmark* utilizzando le medesime risorse correnti (ponderate per tener conto della composizione demografica), ma anche dopo esser state dotate del medesimo livello di infrastrutturazione e strumentazione. In altri termini, il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per età dà per già condotta e conclusa l'azione di perequazione infrastrutturale e, proprio in virtù dell'avvenuta omogenizzazione della base di partenza delle Regioni, a queste può chiedere di rispettare gli stessi *standard* di spesa corrente e di raggiungere la stessa qualità fornita dal *benchmark*.

Coerenza tra approccio econometrico e approccio per profili di spesa

I risultati dei due approcci - l'econometrico e quello sui profili di spesa *pro-capite* - sono coerenti tra loro. Il *ranking* qualitativo che emerge dai profili di spesa è sostanzialmente sovrapponibile a quello di *SaniRegio2*. Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Calabria sono le Regioni con gli scarti percentuali e assoluti più cospicui. Per Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta trova conferma una elevata inefficienza percentuale, che le dimensioni medio-piccole delle due Regioni trasformano in valori assoluti aggregati molto contenuti rispetto alle devianze del Mezzogiorno⁵⁷. L'Umbria si conferma Regione *benchmark*, e con essa sono associabili nel gruppo *benchmark*, per i ridotti scarti percentuali dallo *standard*, anche Toscana, Emilia Romagna, Marche, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Veneto. Una raffigurazione simile a quella che i due *SaniRegio* danno per il gruppo delle Regioni più vicine alla frontiera (e che definiscono la stessa frontiera). Tutte le altre Regioni hanno scarti percentuali dallo *standard* che si collocano a livelli intermedi tra la Campania (la più deviante) e il gruppo *benchmark*, con scostamenti aggregati che dipendono poi dalla dimensione della singola Regione.

Quel che cambia, passando dall'approccio econometrico a quello per profili, è l'ordine di grandezza degli scostamenti. Ma anche i cambiamenti restano coerenti tra loro e dipendono dalle diverse metodologie di *benchmarking*. Gli scarti sono tutti più ampi nell'approccio econometrico, che non riesce a tener conto dei progressi verso la frontiera che le Regioni compirebbero grazie a programmi di rafforzamento infrastrutturale (i confronti sono tutti tra lo *status quo* e la Regione *benchmark*). Al contrario, l'approccio dei profili, come si è già detto, sottintende che l'adeguamento infrastrutturale sia già avvenuto e che da tutte le Regioni si possano pretendere i livelli di efficienza e di qualità del *benchmark*. Quest'ultimo approccio si colloca virtualmente in uno scenario in cui gli spostamenti descritti nel precedente grafico esemplificativo sono già stati compiuti.

Solo per portare un esempio, la Campania in *SaniRegio2* risulta deviante per il 33,1% (era il 31,9% in *SaniRegio1*) della spesa, e per l'88,7% della qualità (sono i risultati dello *Scenario 1*). La stessa Campania, nel più recente *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di

⁵⁶ Cfr.:

Pammolli F., Salerno N. C. (2010), "Benchmarking e Standard su profili di spesa per età", Working Paper CeRM n. 3-2010 [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=61>];

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), "Regole federaliste per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale", documento CeRM depositato in sede di audizione presso la Commissione Parlamentare per l'Attuazione del Federalismo Fiscale [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=70>].

⁵⁷ Qui il *benchmarking* su profili fa notare come la Provincia Autonoma di Bolzano soffra di maggior problemi di inefficienza rispetto a quella di Trento. Uno dei possibili sviluppi del modello *SaniRegio* sarà quello di dare separata evidenza, all'interno del *panel*, alle due Province Autonome.

età, risultava deviante del 14-15% della spesa. Il *benchmarking* su profili di spesa non coinvolgeva affatto la dimensione della qualità, dando per scontato che, a parità di risorse correnti ponderate per la struttura demografica, ogni Regione dovesse emulare il *benchmark* perché già messa nelle condizioni di farlo. A livello aggregato, *SaniRegio2* segnala una correzione necessaria per la Campania di quasi 3,5 miliardi di Euro, mentre il *benchmarking* su profili una correzione di circa 1,5 miliardi. Si tratta delle correzioni più ampie tra tutte le Regioni, anche questo di coerenza tra i due approcci.

Quattro proposizioni conclusive

Nel complesso, confrontando *cum granu salis* i risultati dei due *SaniRegio* e quelli del *benchmarking* su profili di spesa, sono quattro le considerazioni che si possono trarre in chiave di *policy* e che concludono questo *Working Paper CeRM*:

- I profondi *gap* di efficienza tra Regioni hanno natura strutturale e sono confermati anche attraverso metodologie diverse. Il Mezzogiorno è staccato dal resto d'Italia di ordini di grandezza che dimostrano l'urgenza delle riforme. Non si devono tacere, tuttavia, anche i casi di Regioni medio-piccole, come la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, che, anche se a livello macroeconomico mostrano scostamenti contenuti dallo *standard*, in termini percentuali sono inequivocabilmente inefficienti;
- La sfida di *policy* è, adesso, quella di disegnare i percorsi di convergenza delle varie Regioni verso il *benchmark*. È una sfida complessa, perché per alcune di loro il tragitto da compiere è lungo. Gli aggiustamenti devono avvenire sia per la spesa che per la qualità, e compiersi durante una transizione che, per essere credibile e irreversibile, deve essere anche circoscritta nel tempo (auspicabilmente meno di un decennio), il più possibile fissata *ex-ante* (senza incognite e senza elementi rimandati a definizione/contrattazione successiva), e sorretta anche da sufficienti avanzamenti sul fronte dell'impalcatura istituzionale⁵⁸;
- La coerenza tra i risultati dell'approccio econometrico e quelli dell'approccio per profili di spesa porta una prova a favore di una soluzione che, sul piano di *policy*, appare quella più concreta e sempre più l'unica soluzione praticabile: (1) assegnare le risorse correnti (*i.e.* ripartire il Fsn) in modo tale che ciascun cittadino per fascia di età si veda riconosciute *ex-ante* le stesse risorse indipendentemente dalla Regione di residenza⁵⁹; (2) fissare il periodo di transizione durante il quale le Regioni devono gradualmente ma irrevocabilmente adattarsi a questa regola di riparto delle risorse correnti; (3) come parte integrante della transizione, procedere con interventi *ad hoc* di perequazione/riorganizzazione infrastrutturale, in modo tale da porre le Regioni su una base di operatività il più possibile omogenea e dotarle di leve di *governance* adeguate. In questa prospettiva, *SaniRegio2* fornisce anche una razionalizzazione degli effetti combinati di correzioni delle inefficienze di spesa corrente e di investimenti nei Ssr (le

⁵⁸ Non è questa la sede per aprire e approfondire quest'altro capitolo. Il riferimento va al nascituro Senato Federale, al collegamento (funzionale ma anche in sede di elezione dei rappresentanti) tra il Senato e i Consigli Regionali, alla responsabilizzazione di politici e amministratori (decadenza da mandato e decadenza da ruolo direttivo), alla perfetta omologazione dei sistemi contabili, al rinforzato ruolo per la Corte dei Conti (certificazione dei bilanci e validazione del consolidato regionale), alla trasformazione dei Dpef regionali in veri e propri Programmi di Stabilità Regionali ad esame annuale e da cui far scaturire *policy guideline* anche a natura cogente. Su tutti questi temi CeRM è stato antesignano, e li proponeva al dibattito sin dal 2004. Cfr. per esempio:

"I Lea sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del 'mercato' sanitario"

[<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/54>];

"Sanità alla ricerca di regole nella 'traversata' federalista: alcune osservazioni 'futuriste' tra economia e politica"

[<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/58>];

e "Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni"

[<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/57>].

⁵⁹ È la ratio che sovrintende al *benchmarking* per profili di spesa *pro-capite* per fascia di età.

prime favoriscono spostamenti lungo la traiettoria verso il *benchmark*, i secondi permettono spostamenti della traiettoria verso il *benchmark*);

- Nella difficoltà di dare copertura finanziaria certa e a medio-lungo termine alle risorse per gli investimenti infrastrutturali⁶⁰, dovrebbe essere opportunamente considerata la possibilità di una soluzione endogena, che riallochi in conto capitale una quota delle risorse che i guadagni di efficienza mano mano liberano sul fronte corrente. Questa opzione appare quasi “fisiologica” se si considera che le Regioni con i più gravi *gap* di efficienza sono le stesse sottodotate sul piano infrastrutturale, e le stesse con i ritardi più marcati nella qualità.

In particolare, gli ultimi due punti avvalorano l'impostazione generale che i decreti attuativi della Legge n. 42-2009 stanno seguendo, con gli *standard* di spesa corrente da ricavare tramite *benchmarking* sulle Regioni più virtuose⁶¹ e, in parallelo, l'azione di perequazione/rafforzamento infrastrutturale dei Ssr. In questa prospettiva, tuttavia, parrebbe necessario integrare molto meglio tra di loro i decreti attuativi⁶², come preconditione legislativa per poter definire in maniera dettagliata sia i tempi della transizione sia le risorse coinvolte Regione per Regione. La transizione sarà la fase più delicata e rischiosa del federalismo, quella durante la quale potranno emergere le “resistenze” più forti (politiche, tecniche, amministrative, culturali e di mentalità); il suo disegno deve essere il più possibile completo e coerente e coprire l'intero arco temporale.

Infrastrutture, aree Lea scoperte, o controllo di spesa?

Le risorse liberabili dall'efficientamento e dal buon governo sono consistenti. E qui si sono portati quattro esempi indicativi:

- circa lo 0,8% del Pil Italia;
- circa un quinto della correzione di spesa corrente che Mario Draghi vede necessaria per raggiungere l'equilibrio di bilancio pubblico nel 2014 e poi per avviare un effettivo percorso di riassorbimento del debito pubblico;
- circa un terzo di quanto ogni anno la Pubblica Amministrazione dedica alla spesa in conto capitale;
- circa il triplo della capitalizzazione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, avviato in via sperimentale nel 2008 e poi non più rifinanziato dal 2010.

Questi esempi sono indicativi anche del *range* di scelte che la politica dovrà/potrà considerare per la riallocazione delle risorse.

Come già detto, è necessario partire dal presupposto, che è un dato di fatto, che l'Italia dedica alla sanità pubblica una quota di Pil sostanzialmente allineata, anzi anche marginalmente inferiore, rispetto ai *Partner* europei. Logica vorrebbe, dunque, che le risorse liberate dall'efficientamento si volgessero soprattutto all'innalzamento della qualità e alla copertura delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie oggi sottosviluppate o assenti, prima fra tutte l'area

⁶⁰ Difficoltà aumentata dalla crisi economica e dal suo impatto sulle finanze pubbliche.

⁶¹ Secondo un criterio non identico, ma simile, a quello implementato da CeRM con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite*.

⁶² Il decreto sui costi *standard* in sanità è divenuto legge con il D. Lgs. n. 68 del 6 Maggio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 109 del 12 Maggio 2011, “*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*”. Gli interventi per le infrastrutture sono contenuti in testi ancora, alla data di chiusura di questo *Working Paper*, in forma di schemi di decreto. CeRM li ha commentati in due *Short Note*:

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), “*Federalismo: lo schema di decreto sulla perequazione delle infrastrutture*”, Short Note CeRM n. 1-2011.

[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=68>];

e Pammolli F., Salerno N. C. (2011), “*Federalismo: schema decreto per la rimozione degli squilibri economico-sociali*”, Short Note CeRM n. 2-2011

[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=73>].

della non autosufficienza e della lungodegenza (la *Ltc*). Alla fine del percorso di efficientamento, si potrebbe finanziare su basi strutturali un fondo nazionale dedicato alla *Ltc* con una capitalizzazione almeno doppia/tripla rispetto a quella sperimentata nel 2008.

La qualità delle prestazioni dipende dall'infrastrutturazione e dalla strumentazione diagnostica e specialistica. Il confronto con le risorse che annualmente tutta la PA dedica agli investimenti fa comprendere come i risparmi da efficientamento potrebbero imprimere una svolta radicale nella perequazione territoriale delle infrastrutture, alimentando un programma di investimenti *ad hoc* lungo un orizzonte di cinque-sette anni. Qui però non bisogna eludere due questioni di fondo: la prima riguarda la capacità di portare a compimento nella maniera più efficiente ed efficace possibile i programmi di investimento⁶³; la seconda riguarda la necessità di compiere, parallelamente agli investimenti, anche profondi interventi di riassetto, ricollocazione e rimodellamento delle dotazioni infrastrutturali esistenti, in coerenza con gli obiettivi della deospedalizzazione, della integrazione socio-sanitaria (in collaborazione tra Regione, Province e Comuni), e della prevenzione.

Ma l'attuale situazione di finanza pubblica, unitamente all'alto *stock* di debito e alle prospettive di bassa crescita che accompagneranno il Paese nei prossimi anni, potrebbe suggerire di dedicare una parte dei guadagni di efficienza al consolidamento dei conti. Alcune Regioni (Lazio, Campania e Calabria in testa) hanno, attraverso successivi disavanzi di gestione, accumulato uno *stock* di debito nel comparto sanitario che ha assunto dimensioni tali da attirare l'attenzione della società internazionali di *rating*⁶⁴. Oltre all'indebitamento esplicito, si deve anche considerare quello "sommerso", dovuto sia alla scarsa trasparenza dei conti nella fase di registrazione e in quella di consolidamento, sia alle prassi di differimento dei pagamenti e ricontrattazione delle scadenze delle fatture. La posizione debitoria delle Regioni ha coinvolto e sta coinvolgendo le finanze statali: prima con rifinanziamenti *ex-post* cosiddetti "premiati", che sono sopraggiunti per sostenere il risanamento a fronte di progressi compiuti autonomamente dalla Regione; poi, per i casi più acuti (in particolare, Lazio, Campania, Calabria), con erogazione di prestiti ponte di lungo termine con lo stesso livello di garanzia del debito pubblico. Invece che coinvolgere, direttamente o indirettamente, le finanze statali nel riassetto dei bilanci sanitari delle Regioni, almeno una parte delle risorse liberate dall'efficientamento potrebbe, anno per anno, essere vincolata al risanamento e alla normalizzazione dei rapporti commerciali di Asl e Ao. Esattamente come quel che avviene a livello Paese per la crescita macroeconomica, sostenibilità finanziaria e equilibrio di bilancio di Asl e Ao sono tasselli essenziali per fondare un percorso che sviluppi qualità e adeguatezza dei Lea sanitari.

La magnitudine delle risorse liberabili con l'efficientamento dei Ssr è tale da permettere di vagliare loro riallocazioni multiple, in grado di portare avanti, in maniera equilibrata e consapevole, innalzamenti della qualità, rafforzamento dell'infrastrutturazione e consolidamento dei conti. È la politica adesso a doversi far carico di scelte responsabili. Sino a quando, alla fine del percorso di transizione, sarà passato a regime il finanziamento *top-down* del Ssn e la sua ripartizione tra Regioni avverrà, auspicabilmente, secondo parametri *standard* che rispecchino le funzioni da svolgere valutate al loro costo efficiente.

⁶³ Siamo all'altezza di questo ennesimo tentativo di lasciarci alle spalle il Paese duale? I programmi di investimento non devono soffrire della cattiva capacità di governo che è alla origine della stessa sperequazione infrastrutturale dopo 150 anni di storia unitaria e oltre 60 anni di storia repubblicana (*cf.* anche *infra*).

⁶⁴ Lo *stock* del Lazio è stimato in un cifra che oscilla addirittura tra i 7 e i 10 miliardi di Euro. Per la Calabria, gli ultimi riscontri della Corte dei Conti indicano un valore superiore a 1,5 miliardi di Euro. Per la Campania, sempre la Corte dei Conti riporta valori che si aggirano attorno ai 6 miliardi di Euro.

Come realizzare i percorsi di aggiustamento?

Se *SaniRegio2* può esser visto come un conforto teorico a favore delle riforme in sanità e a favore della strada imboccata con i decreti attuativi della Legge n. 42-2009, la domanda che resta sullo sfondo, e a cui *SaniRegio2* non può da solo dare risposta, è: come si spingono le Regioni a chiudere i *gap* di spesa e di qualità?

La prima risposta è che è la trasformazione federalista in sé che è attesa portare effetti benefici. La fissazione di *standard* per lo svolgimento delle funzioni essenziali e fondamentali implica che qualunque maggior assorbimento di risorse andrà finanziato a carico dei cittadini residenti nella Regione (nel caso della sanità) o nell'Ente Locale che ha non ha saputo rispettare il vincolo⁶⁵.

Ad oggi, la responsabilizzazione fiscale, nonostante i progressi compiuti nell'utilizzo della leva regionale sull'Irap e sull'Ire/Irpef, non è ancora piena. Le Regioni che chiudono il bilancio sanitario *in deficit*, hanno adesso l'obbligo di fissare l'addizionale Ire/Irpef all'1,4% (l'aliquota base/minima dell'addizionale è dello 0,9%, con facoltà alle Regioni di portarla all'1,4%⁶⁶). Inoltre, per alcune Regioni (il Lazio tra queste) la situazione dei conti sanitari ha reso necessario l'innalzamento obbligatorio dell'addizionale all'1,7% (così per l'anno di imposta 2010 e 2011)⁶⁷. Per quanto riguarda l'Irap, dal 2010 nelle Regioni in disavanzo sanitario è scattato l'aumento automatico di 0,15 p.p. sull'aliquota in vigore l'anno prima (l'aliquota base/minima dell'Irap è del 3,9% e le Regioni hanno facoltà di aumentarla o ridurla sino a 1 p.p.)⁶⁸.

Sono sufficienti queste mobilitazioni automatiche delle addizionali e delle maggiorazioni? Sembra mancare, per adesso, un'affermazione inequivocabile e perentoria che, in presenza di sovrappese sanitarie, addizionali e maggiorazioni scattano automaticamente e senza limite massimo, sino a copertura integrale, anno per anno, del disavanzo emergente nell'anno. È un passo necessario per completare la responsabilizzazione fiscale e renderla credibile. Si può prevedere, per favorire la praticabilità di questa piena assunzione di responsabilità delle Regioni, che, in caso di disavanzi cospicui, il ripiano possa avvenire in due o tre anni, ma purché gli aumenti della leva fiscale regionale supportino pienamente un piano di rientro stabilito *ex-ante*. Questo implica che gli aumenti debbano essere vincolati al risanamento del bilancio sanitario, cosa che adesso non è⁶⁹. Sempre allo scopo di agevolare l'assunzione di responsabilità, si può approfondire la possibilità che le addizionali Ire/Irpef, in luogo di essere un valore unico per tutti gli scaglioni (prese a se stanti, esse sono adesso proporzionali al reddito), siano fissate per rimanere coerenti con la progressività delle aliquote nazionali. Quanto più la responsabilità fiscale delle Regioni sarà credibile, tanto più gli sforzi della *governance* regionale punteranno ad innalzare efficienza ed efficacia dei Ssr, a ciò pungolati dall'attenzione dei cittadini elettori. La responsabilizzazione fiscale, toccando esplicitamente le posizioni economiche dei singoli cittadini, sarà sicuramente stimolo all'informazione e alla partecipazione politica più attiva.

⁶⁵ Le leve fiscali locali (regionali nel caso della sanità, provinciali o comunali per altri ambiti) devono attivarsi automaticamente per coprire ogni sovrappesa, e questa attivazione deve essere codificata *ex-ante* e resa credibile dalla esperienza dei fatti.

⁶⁶ Così il comma 1, dell'articolo 3 "Aliquote dell'addizionale regionale Irpef e rideterminazione delle aliquote erariali", del D. Lgs. n. 56 del 18 Febbraio 2000. L'articolo 1, comma 174, della Legge n. 311-2004 ha fissato all'1,4% (il tetto massimo) l'addizionale delle Regioni Abruzzo, Lazio, Campania, Molise e Sicilia, per obbligarle a fronteggiare i loro disavanzi sanitari.

⁶⁷ Così l'articolo 2, comma 86, della Legge n. 191-2009 (legge finanziaria per 2010), che ha stabilito l'aumento automatico nelle Regioni con problemi di disavanzi sanitari (Lazio, Campania, Calabria, Molise).

⁶⁸ Per alcune Regioni, l'aliquota in vigore l'anno prima (2009) era già al livello massimo del 4,82% sin dal 2005, perché così aveva disposto la legge finanziaria per il 2005 nel caso di condizioni di disavanzo dei bilanci sanitari. Il Lazio è tra queste Regioni.

⁶⁹ L'eliminazione del vincolo di destinazione delle risorse è sì un principio positivo in una prospettiva di valorizzazione del federalismo e della sussidiarietà, ma non deve permettere l'eterogeneità dei fini di rendere gli enti decentrati di spesa ancor meno responsabili che nel vecchio assetto di finanza derivata. È un principio che deve esser fatto valere il più possibile in capo alle Regioni e agli Enti Locali che realizzano equilibri sostenibili di governo del territorio; ma, nel momento in cui ci sono situazioni, anche urgenti, da sanare, gli ordini di priorità allocativa non contraddicono lo spirito federalista.

La piena responsabilizzazione fiscale dovrebbe cominciare a valere anche sui piani di rientro da *deficit/debito* sanitario che coinvolgono ben dieci Regioni italiane. Tali piani non possono rimanere realtà parallele e distinte rispetto alla transizione verso gli *standard*. Devono essere incorporate nella transizione e divenire tutt'uno con la transizione. Un primo collegamento lo si è già messo in evidenza: una parte delle risorse liberate dall'efficientamento dovrebbe esser dedicata al consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Lazio, Campania e Calabria hanno ottenuto, per far fronte al cospicuo debito accumulato in anni di consecutivi disavanzi, prestiti pluriennali da parte dello Stato⁷⁰. Il ripagamento di questi debiti non può rimanere solo una promessa contrattuale, scritta nell'articolato del piano di rientro. Al ripagamento si devono dare subito concrete e certe basi finanziarie. Oltre a impiegare una quota delle risorse liberate da efficientamento, sarebbe forse utile discutere, visti i livelli di esposizione dei Ssr delle tre Regioni, di una addizionale Ire/Irpef e/o di una maggiorazione Irap da vincolare stabilmente al ripagamento del prestito sino alla sua completa redenzione⁷¹. Questa scelta avrebbe anche un forte valore simbolico nei confronti delle altre Regioni, oltre a far chiarezza sulla destinazione di basi imponibili e gettiti che, nella riorganizzazione fiscale in corso, sono invocati da più destinazioni e da più livelli di governo, con il rischio che il Legislatore, nazionale o subnazionale, arrivi a disporre di quel che in effetti non ha.

Con la piena responsabilizzazione fiscale, le incapacità di *governance* ricadranno sui cittadini votanti, stimolando la loro pressione (nel senso sia di *voice* che di *exit*⁷²) sui rappresentanti politici e sugli amministratori. Il culmine di questa presa di consapevolezza dei cittadini diverranno le tornate elettorali, quando chi non è stato all'altezza delle funzioni pubbliche potrà essere non riconfermato nel mandato e sostituito. È questo il circuito virtuoso alle radici del federalismo, che dovrà funzionare anche sul fronte dell'adeguatezza e della qualità delle prestazioni sanitarie e più in generale di tutte quelle rientranti nei Lea/Lep.

Tuttavia questo circuito virtuoso, che in un assetto di federalismo maturo può da solo improntare in positivo tutta la *governance*, ha bisogno, in fase di avvio, di essere sorretto e accompagnato. Lo schema di decreto sulle ipotesi di decadenza dal mandato o dall'ufficio direttivo per politici e amministratori che fallissero il *target* va in questa direzione. Alla data in cui questo *Working Paper* è chiuso la bozza è ancora in discussione, e le critiche ricevute vi vedono un eccesso di penalizzazione individuale su tematiche troppo complesse che spesso trascendono la volontà e l'impegno del singolo. Per altri versi, però, appare un passo irrinunciabile, per controbilanciare le resistenze di politici e amministratori a compiere azioni necessarie ma impopolari, e a rendere effettiva da subito una possibilità di ricambio dei *policy maker* che le scelte elettorali potrebbero attivare solo tra qualche tempo, il tempo perché maturi una nuova consapevolezza "federalista" nei cittadini elettori. V'è poi da dire che le Regioni maggiormente devianti sono anche le stesse dove è più intensa la presenza della criminalità organizzata: lì dove politici e amministratori sono chiamati a compiere le correzioni più significative nei funzionamenti del Ssr, è anche più elevato il timore che i flussi elettorali non siano sufficientemente liberi per sanzionare col voto i risultati della *governance*.

⁷⁰ Cfr. i testi dei piani di rientro regionali:

pagina 116 di http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1225_allegato.pdf per la Campania;

pagina 72 di http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1224_allegato.pdf per la Calabria;

pag. 172 di http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1227_allegato.pdf per il Lazio.

⁷¹ Si deve ricordare che nel Lazio, la Regione che ha accumulato il più ingente debito sanitario, la maggiorazione Irap è stata fissata al suo livello massimo sin dal 2005 senza, però, ottenere alcun risultato di risanamento di bilancio del Ssr. La maggiorazione si è "persa" nei meandri "soffici" del bilancio regionale. Un esempio vissuto della necessità di mantenere vincoli di destinazione almeno quando emergono casi straordinari, con potenziali catene di trasmissione di effetti oltre i confini della Regione. O quantomeno, durante tutta la fase di transizione e di maturazione del nuovo assetto federalista. In un sistema federalista interdipendente e coeso, regole di coordinamento delle Regioni sono essenziali affinché, a sfere di autonomia fiscale e decisione allargate, corrispondano effetti virtuosi che dalla dimensione locale si trasferiscono a quella Paese. L'assenza di regole espone al rischio di non sufficiente *accountability* e di evoluzioni centrifughe.

⁷² Trasferimento di residenza, ma anche mobilità verso Regioni e Enti Locali dove le prestazioni Lea/Lep sono migliori.

Un ruolo fondamentale in transizione avranno anche, lo si è già detto, gli interventi infrastrutturali. La credibilità dei percorsi di efficientamento della spesa dovrà essere “puntellata” dalla riduzione dei *gap* territoriali, in modo tale da dotare le Regioni di leve di *governance* adeguate e da poter chiedere loro, a buona ragione, il rispetto degli *standard* di spesa e qualità. Oltre alla rivalorizzazione endogena delle risorse liberate dalla gestione corrente, appare importante una razionalizzazione complessiva dei fondi nazionali ed europei dedicati agli interventi infrastrutturali/speciali, per evitare sovrapposizioni e rischi di incapacità per eccesso di funzioni, e per applicare appieno i principi di concentrazione per settore, funzione e territorio. Anche la Cassa Depositi e Prestiti potrebbe svolgere un ruolo nel riassorbire i *gap* di infrastrutture e, anzi, si tratterebbe forse della sua finalità istituzionale più propria e diretta, che la Cassa potrebbe perseguire avvalendosi di professionalità elevate con funzioni anche di valutazione dei progetti sia *ex-ante* che in corso di realizzazione.

Clausole di decadenza dal mandato politico e dall’ufficio direttivo svolgerebbero una funzione importante anche con specifico riferimento ai programmi di perequazione infrastrutturale. È indispensabile, addirittura vitale per il futuro del nuovo assetto, che questa occasione di riequilibrio delle dotazioni di capitale fisico venga valorizzata al massimo e sappia incidere in maniera sostanziale sulla conformazione dei Ssr. La chiara esplicitazione di responsabilità *ad personam* va posta a garanzia che tutti coloro investiti di incarichi decisionali abbiano come unico e inderogabile scopo quello di ridurre i *gap* territoriali, con la piena consapevolezza che si stanno utilizzando risorse che la collettività si sforza di mettere a disposizione per avviare una nuova fase di sviluppo e di relazioni tra territori e tra centro e territori.

Sempre con riferimento alla perequazione infrastrutturale, un altro principio guida da seguire, per dare solidità alla transizione e gettare basi durature per il federalismo, riguarda la tipologia degli investimenti. Nel prossimo futuro parole chiave per la *governance* della sanità saranno: deospedalizzazione; copertura del territorio; integrazione con le prestazioni sociali a carico dello Stato e di altri Enti Locali; sviluppo dell’assistenza per lungodegenza presso il domicilio; efficientamento della distribuzione dei farmaci con avvio delle farmacie dei servizi; collegamenti efficaci e rapidi (anche elicotteristici⁷³) verso gli nodi più importanti del sistema ospedaliero (i centri di eccellenza per gli interventi più complessi); ammodernamento della dotazione strumentale e tecnologica; sviluppo di sistemi evoluti per la valutazione delle pratiche terapeutiche e la diffusione di *best practice*; campagne informative di massa sulla prevenzione e sull’impatto delle abitudini di vita sullo stato di salute. I programmi di investimento dovranno necessariamente muoversi nel solco di queste parole chiave.

E un’altra parola chiave per il Ssn del futuro prossimo venturo sarà selettività, universalismo selettivo. Passo obbligato per dare sostenibilità finanziaria all’universalismo di fronte alle intense tendenze alla crescita della spesa sanitaria (acuta e per lungodegenza) sul Pil⁷⁴, la selettività può da subito svolgere un ruolo essenziale nella guida e nel compimento della transizione.

Per sostenere la convergenza sulle spese correnti, è auspicabile che, come parte integrante del federalismo, si impostino basi, comuni a tutte le Regioni, di universalismo sanitario selettivo. Una proposta operativa è stata tempo fa avanzata dal CeRM in “*Il copayment concordato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni*”⁷⁵.

⁷³ Potrebbe esser presa in esame la possibilità di coinvolgere le dotazioni strumentali della Protezione Civile e dei Vigili del Fuoco e, perché no?, anche elicotteri delle Forze Armate (adesso intervengono soltanto i casi di estrema urgenza).

⁷⁴ Cfr. “*Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*” [<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/81>].

⁷⁵ Pammolli F., Salerno N.C. (2006), Nota CeRM n. 11-06 [<http://www.cermlab.it/pub/group/n/item/84>].

Sinora di universalismo selettivo si è parlato principalmente come strumento per far fronte alla dinamica prospettica del fabbisogno sanitario, tra l'altro all'interno di un dibattito non privo di contrasti di visione⁷⁶. In realtà, questa riforma di struttura è tutt'affatto attuale. Se si considerano il vincolo macrofinanziario che la crisi economica ha reso ancor più stringente e, nel contempo, l'obiettivo di efficientare la spesa corrente e liberare spazio per gli interventi infrastrutturali, dalla selettività arriverebbe una flessibilità essenziale per riaggiustare la composizione della spesa tutelando il più possibile l'equità di accesso alle prestazioni.

La selettività va vista come un ingrediente indispensabile per affrontare e rendere credibile la transizione, anche con riferimento alle risorse liberabili per gli investimenti. A parità di correzione che le Regioni devianti devono realizzare sulla spesa corrente, è fuor di dubbio che, durante questo processo, la selettività possa funzionare come garanzia che i *target* finanziari non vadano a discapito di obiettivi redistributivi. Oltretutto, un intervento in questa direzione avrebbe ricadute immediate sul controllo e sulla qualità della spesa, caratteristiche che nessun'altra delle riforme federaliste in discussione riuscirebbe a generare in tempi altrettanto rapidi⁷⁷. Queste caratteristiche possono essere molto utili durante la transizione verso gli *standard* e anche dopo, per mantenere gli *standard*. Ci si è dilungati, poc'anzi, sul rilievo della piena responsabilizzazione fiscale delle Regioni rispetto alle deviazioni dallo *standard*. Ci si deve, tuttavia, anche interrogare sulla praticabilità di aumenti automatici delle aliquote Irpef e Irap in un Paese con la pressione fiscale e contributiva già alta e che sta tentando da più anni di ridurre. Inoltre, alla luce dei risultati emersi dai *benchmarking*, gli aumenti dei prelievi regionali si concentrerebbero nelle zone meno sviluppate del Paese e con più gravi problemi di evasione, e proprio lì dove, per altri versi, si continuano a studiare stimolazioni fiscali per l'economia e l'occupazione. Anche alla luce di queste considerazioni, passi avanti verso l'universalismo selettivo possono risultare essenziali nel rendere praticabili i percorsi di convergenza, senza perdere di vista nessuno dei tasselli del sistema economico-sociale nazionali e dei sistemi regionali.

Durante la convergenza verso gli *standard*, regole di universalismo selettivo, condivise da tutte le Regioni, aiuterebbero a perseguire, in maniera equilibrata, obiettivi finanziari e obiettivi redistributivi/equitativi, aumentando la credibilità della transizione e dotando l'Italia di uno strumento di *governance* (la selettività della spesa) che nei prossimi anni diventerà un passo obbligato per fronteggiare la dinamica dei fabbisogni. L'universalismo selettivo appare una condizione che favorirebbe quell'allocazione multipla dei risparmi da efficientamento suggerita nel precedente paragrafo.

⁷⁶ Cfr. "I trend della spesa sanitaria e le ragioni del finanziamento multipillar con componente ad accumulazione reale" [<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=51>].

⁷⁷ L'introduzione di compartecipazioni al costo (lo strumento principale per costruire l'universalismo selettivo) veicola esplicitamente a tutti i cittadini fruitori lo sforzo che la collettività sta compiendo per rendere disponibili le prestazioni Lea. La compartecipazione, prima ancora che effettuare una distribuzione del carico di finanziamento tra pubblico e privato, responsabilizza i singoli nell'accesso alle prestazioni. Corredate di esenzioni e abbattimenti (per le situazioni di maggior rilievo, ma non casistiche troppo complesse da gestire e da ricondurre a logiche redistributive trasparenti), le compartecipazioni possono far progredire l'efficienza della spesa, avvicinandola agli *standard* senza intaccare le funzioni equitative del sistema sanitario. Il *copay* può esser visto come uno strumento per tenere la spesa il più possibile aderente al fabbisogno vero (non osservabile direttamente). A tale proposito, bisogna ricordare che attualmente i Lea sanitari coprono di fatto tutto quanto il Ssn fa e sono quasi interamente gratuiti, e che questa situazione di universalismo assoluto contraddistingue anche numerose prestazioni socio-sanitarie (a prevalenza sanitaria e a prevalenza sociale) e assistenziali a carico prevalentemente dei Comuni. Se si scorrono gli elenchi che il Legislatore fa dei livelli essenziali sanitari, socio-sanitari e assistenziali (Legge n. 328 del 2000, Dpcm del 14 Febbraio 2001, Dpcm del 29 Novembre 2001), si scoprono perimetri di prestazioni pressoché onnicomprensivi (anzi, potenzialmente onnicomprensivi, anche di qualunque altra prestazione possa sopraggiungere in futuro), e con numerose aree di sovrapposizione. Già adesso, una parte delle prestazioni elencate resta in virtù, a cominciare dall'assistenza continuata ai non autosufficienti, che è tra i capitoli del *welfare* più sottodimensionati rispetto alla media dei *Partner Ue*. Non ci sono risorse sufficienti per concretizzare tutte le ambizioni, pur positive e encomiabili, del Legislatore. Il passaggio dall'universalismo assoluto a quello selettivo aiuterebbe quella "operazione verità" che non è stata ancora compiuta, di raccordo tra le risorse anno per anno destinabili ai livelli essenziali e il perimetro effettivamente sostenibile di questi ultimi. Questo raccordo, componente essenziale anche del federalismo a regime, lo è ancor di più per la transizione verso il nuovo equilibrio. Un conto è efficientare e rendere di qualità un sistema a cui si sta chiedendo al di là delle sue possibilità, altro è invece realizzare efficienza e qualità in uno scenario di coerenza tra risorse disponibili e obiettivi, questi ultimi sia in termini di prestazioni che di priorità di accesso dei cittadini fruitori alle prestazioni.

Preso coscienza degli acuti divari di efficienza e qualità (quasi due Paesi diversi piuttosto che due facce di uno stesso Paese), i risultati finali di *SaniRegio2* richiamano l'urgenza delle riforme e del completamento del federalismo. Per quest'ultimo, in particolare, l'indicazione di *policy* è quella di tenere il più possibile legate tra loro l'applicazione degli *standard* di spesa calcolati sulle Regioni più virtuose (con sovrappeso a pieno carico della Region che le compie), la riduzione dei *gap* infrastrutturali, l'esplicita responsabilità di mandato e di ufficio per politici e amministratori inadempienti (con decadenza e anche ineleggibilità), l'avvio dell'universalismo selettivo, il consolidamento dei bilanci di Asl e Ao. Sono tasselli necessari per dare coerenza e sicurezza alla fase di transizione, e per gettare basi solide per la governance federalista a regime.

Fp e Ncs, Roma, li 15 Maggio 2011

9.P.S.: Riflessioni su possibili sviluppi: verso SaniRegio3

I vari riscontri, che si sono messi assieme nel corso di oltre due anni che CeRM ha dedicato all'analisi delle *performance* di spesa e qualità dei Ssr, sono tutti coerenti tra di loro nel mostrare che cinque Regioni - Campania, Sicilia, Puglia, Lazio, Calabria - hanno di fronte la sfida di chiudere ampi *gap* di efficienza di spesa e, nel contempo, aumentare (raddoppiare o quasi raddoppiare) la qualità delle prestazioni.

Analisi come quelle dei due *SaniRegio* e del *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per età andrebbero aggiornate su base annuale, di volta in volta che si rendono disponibili nuovi dati riguardanti la spesa, le variabili esplicative della spesa e la qualità delle prestazioni offerte. Possono svolgere un ruolo importante nell'alimentare il dibattito sul federalismo e nel tenere alta l'attenzione di tutti, tecnici e cittadini, sulle scelte che si stanno compiendo. È un impegno che CeRM ha già preso e che sta già onorando con il *SaniRegio2*.

Rispetto alla seconda versione di *SaniRegio* appena presentata, i prossimi approfondimenti potranno riguardare:

- L'aggiornamento dell'indicatore di qualità, anche con l'obiettivo di inglobare altre variabili rilevanti presenti nei *database* delle statistiche territoriali⁷⁸;
- La costruzione di un indicatore o di un *set* di indicatori di infrastrutturazione in sanità, che tenti di tener conto del livello di vetustà degli *asset* e, soprattutto, della loro rispondenza alle "parole chiave" della sanità di domani, come deospedalizzazione, copertura del territorio, collegamento con le prestazioni sociali, etc. In effetti, nella prospettiva di queste "parole chiave", un indicatore di infrastrutturazione "tradizionale" potrebbe sovrastimare il *gap* territoriale sul fronte della rete ospedaliera e sottostimarne sul fronte di *asset* di interconnessione col territorio e dotazione tecnologica;
- Assieme ai due indicatori rinnovati (di qualità e di infrastrutturazione), il vaglio di altre specificazioni funzionali, anche molto diverse tra loro per verificare la robustezza dei risultati. Fra queste, quella "minimalista" che include tra le variabili esplicative solo la struttura demografica. I risultati di questo *panel* sarebbero quelli più direttamente comparabili con il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite*, perché in entrambi i casi gli *standard* di spesa sarebbero guidati dalla demografia⁷⁹. Inoltre, il *database* non sarebbe limitato al 2007, ma i dati utilizzabili arriverebbero sino al 2010 (sino alla data del più recente quadro demografico Istat). Il problema da valutare attentamente è la praticabilità di un esercizio econometrico *panel* con variabili esplicative con una accettabile (ai fini della qualità della stima) variabilità tra Regioni ma una molto contenuta variabilità nel tempo;

⁷⁸ "Health for All" dell'Istat (<http://www.istat.it/sanita/Health/>), "Statistiche Territoriali" del Cnel, "Banca dati territoriale per le politiche di sviluppo" in collaborazione Istat e Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e coesione del Ministero dello sviluppo economico (<http://www.istat.it/ambiente/contexto/infoterr/azioneB.html>), e "Atlante Statistico delle Infrastrutture" (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080805_00/).

⁷⁹ Si badi che questo non significa assumere che la dinamica della spesa nel tempo sia determinata dal solo invecchiamento e non anche da altri *driver extra-demo*, come l'avanzamento tecnologico, l'evoluzione/emersione dei bisogni, l'elasticità della domanda al Pil, l'andamento di costi e produttività del lato dell'offerta, etc.. Significa riconoscere che la spesa, trainata così com'è dal complesso di questi *driver*, continua a mantenere una marcata distribuzione per fasce di età, come del resto si evince dalle distribuzioni empiriche della spesa *pro-capite* per età in anni diversi e in Paesi diversi. L'impatto dei *driver extra-demo* si esprime anch'esso secondo una gradazione per fasce di età (là dove l'incidenza delle patologie e il ricorso alle terapie sono maggiori, anche l'impatto degli fattori *extra-demo* è maggiore).

- Nella misura in cui la base dati lo permetterà, la costruzione di un modello *panel* a effetti fissi alternativo, che tra le variabili esplicative contempli anche la qualità, nella forma o di un unico indicatore sintetico o di più indicatori. Questo modello, invece che utilizzare un approccio a due stadi con frontiera efficiente come nei *SaniRegio*⁸⁰, tenderà di optare per un approccio ad un unico stadio interamente econometrico. Sarà interessante confrontare i risultati dei due approcci e verificarne la coerenza. E oltre agli indicatori di qualità, si potrà sperimentare anche l’inserimento tra le variabili esplicative di un indicatore o di più indicatori di infrastrutturazione (a cominciare dallo stesso indicatore Istat citato nel capitolo 8.);
- In via sperimentale, l’inserimento, tra i regressori, di variabili di controllo riguardanti la qualità complessiva del governo e dell’amministrazione regionale. La finalità è quella di ridurre al minimo la possibile correlazione tra effetto fisso e variabili esplicative del *panel*, migliorando la qualità delle stime e anche la misurazione dei *gap* di efficienza specifico della sanità⁸¹;
- L’allargamento del *benchmarking* per considerare, assieme alla spesa sanitaria in senso stretto (spesa a carico Ssn), anche la spesa socio-sanitaria a carico degli Enti Locali, soprattutto dei Comuni. Questo tipo di analisi potrà fornire informazioni importanti, soprattutto in previsione di una possibile unificazione dei fondi nazionali per il finanziamento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in un unico fondo da ripartire tra le Regioni e che poi ogni singola Regione alloca al suo interno coordinandosi e collaborando con i Comuni⁸². Tra l’altro, nelle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria acuta e per lungodegenza, condotte dalla Ragioneria Generale dello Stato e dal Gruppo di lavoro sull’Invecchiamento della Popolazione di Ecofin, le due voci, quella a carico del Ssn e quella a carico degli Enti Locali, sono prese entrambe in considerazione;
- La separata evidenza della Provincia Autonoma di Trento e della Provincia Autonoma di Bolzano. Nei due *SaniRegio* questo non è stato possibile per mancanza di statistiche separate su tutte le variabili esplicative. Tuttavia, il *benchmarking* su profili di spesa *pro-capite* per fascia di età (l’altra metodologia sviluppata da CeRM) ha messo in evidenza livelli di efficienza di spesa diversi tra le due Province e, per dare un quadro completo delle *performance* di tutti i livelli di governo preposti alla sanità, è necessario aggiungere il dettaglio delle due Province. La fattibilità di questo approfondimento dipenderà, ovviamente, dalla disponibilità dei dati.

Fp e Ncs, Roma, lì 15 Maggio 2011

⁸⁰ Prima misurazione delle sovrappese rispetto allo *standard*, e poi relazione tra le sovrappese e il livello di qualità offerto.

⁸¹ Sia ben chiaro, però, che sono da evitarsi letture di *policy* che, partendo dal livello di bassa qualità della *governance* complessiva regionale, si prestassero poi a giustificare le diverse manifestazioni specifiche della *governance*. L’esercizio che si propone intende, invece, mettere in risalto le connessioni endogene esistenti tra efficienza e qualità del Ssr e efficienza e qualità dell’ambiente regionale in senso lato.

⁸² Si tratta di prestazioni, le sanitarie e le socio-sanitarie, intrinsecamente connesse: a volte con ampie aree di sovrapposizione, a volte di complementarietà, altre volte sostituite le une delle altre, altre volte ancora con legami di causa ed effetto (per esempio terapie acute sbagliate che degenerano in condizioni di non autosufficienza, oppure situazioni di non autosufficienza non bene assistite che provocano acuzie collaterali). L’interconnessione andrà certamente ad aumentare, di pari passo che la *governance* del Ssn punterà sulla deospedalizzazione, sul presidio territoriale, sull’assistenza a domicilio, sul modello delle farmacie dei servizi, e sulla prevenzione. Si avvertirà sempre più il bisogno di una visione unificata del finanziamento, oltre che di un forte coordinamento tra le Istituzioni preposte allo svolgimento operativo (tra la Regione e gli Enti Locali che insistono sul territorio regionale). Appare questo, tra l’altro, il modello maggiormente in grado di valorizzare la sussidiarietà, perché, senza fissare *ex-ante* dei confini fittizi tra ciò che è sanitario (Ssn) e ciò che è socio-sanitario (Ssn e/o Enti Locali), lascia ai livelli di governo più vicini al cittadino la scelta su quali prestazioni specifiche attivare e come organizzarne la produzione e l’erogazione.

10. P.S.: Un grafico riassuntivo

OGGI

Lea onnicomprensivi e quasi integralmente gratuiti (universalismo assoluto). Diverse sovrapposizioni con i livelli essenziali socio-sanitari e sociali. Ampia copertura formale si scontra con scarsità di risorse e insufficiente offerta reale

Manca raccordo esplicito e responsabile tra perimetro delle prestazioni essenziali e risorse disponibili

Nessuna/debole reponsabilizzazione di politici e amministratori

Maggiorazioni Irap e addizionali Irpef non hanno ancora creato piena responsabilizzazione fiscale. In particolare, da rafforzare il legame tra piani di rientro e aumenti automatici delle aliquote

Dopo mesi di contrattazione in Conferenza Stato-Regioni, il Fsn viene ripartito secondo le stesse proporzioni che emergerebbero se il riparto avvenisse in base ai rapporti di spesa *pro-capite* tra fasce di età misurati nelle Regioni più virtuose

La programmazione del Fsn generalmente non viene rispettata. La spesa a consuntivo è stata sinora più elevata del finanziamento a programma. Dall'accumulazione dei disavanzi annuali (quasi tutti di natura commerciale), sono sorte le posizioni debitorie di alcune Regioni (in alcuni casi, come per il Lazio, anche pesanti)

Alla luce delle elaborazioni del *SaniRegio*, gli sforamenti sono attribuibili alle ampie sacche di inefficienza concentrate soprattutto nel Mezzogiorno

...

... ma anche alla mancata "inizializzazione" del sistema, in termini di raccordo tra risorse e prestazioni, ricognizione delle asset infrastrutturali e strumentali, cornice istituzionale

SVOLGIMENTO TRANSIZIONE

Sforzo di programmazione a medio termine (6-7 anni) del Fsn. La programmazione del Fsn definisce *top-down* le risorse dedicabili alla sanità Lea

Ripartizione del Fsn secondo parametri *standard* dati dai rapporti di spesa *pro-capite* per fascia di età rilevabili nelle Regioni *benchmark* (parametri rivedibili solo a medio termine)

Questo criterio di riparto garantisce che ad ogni cittadino in ciascuna fascia di età siano *ex-ante* dedicate le medesime risorse indipendentemente dalla Regione di residenza

Il ricorso a parametri *standard* di riparto implica che molte Regioni, e segnatamente quelle del Mezzogiorno, dovranno operare significative correzioni di spesa corrente per allineare la spesa al finanziamento

I percorsi di transizione verso lo *standard* si svolgono in maniera lineare dall'anno di avvio della transizione all'anno di conclusione (primo anno di regole a regime)

I percorsi di transizioni congiungono linearmente il Fsr dell'anno *pre* avvio transizione al Fsr dell'anno di conclusione della transizione. Per le Regioni interessate da piano di rientro, il piano è inglobato nel percorso di transizione

La transizione è accompagnata da: (1) avvio di uno schema di selettività dei beneficiari condiviso tra le Regioni; (2) programmi di riduzione del *gap* di infrastrutture/strumenti, con riallocazione del capitale già esistente e utilizzato in maniera subottimale; (3) consolidamento dei bilanci di Asl e Ao con azzeramento dei debiti pregressi (quasi tutti di natura commerciale)

Ogni sovraspesa rispetto al Fsr e ogni scostamento dal percorso di transizione implica, da un lato, responsabilità di mandato/ufficio per politici/amministratori e, dall'altro, automatici aumenti della fiscalità regionale sino a ripiano integrale dello scostamento anno per anno

La Regione che beneficia (che sta già beneficiando) di prestito dello Stato per onorare il debito accumulato in sanità, vincola una quota di maggiorazione Irap e una quota di addizionale Irpef alla restituzione del prestito

REGIME

Il Fsn è programmato su orizzonti di 5 anni con sistema a *decalage*. Al passare di ogni anno, si mantiene fissa la programmazione dei quattro non ancora trascorsi e vi si aggiunge la programmazione del nuovo quinto anno

Il sistema ha sempre di fronte un orizzonte di 5 anni specificato nelle risorse complessive disponibili e nel loro riparto tra Regioni

Il Fsn è ripartito con i parametri *standard*

Ogni scostamento della spesa dal finanziamento *standard* è immediatamente sanato con la leva fiscale regionale (maggiorazioni/addizionali) e, al di sopra di una soglia critica o in presenza di disavanzi consecutivi anche inferiori alla soglia critica, fa scattare la clausola di responsabilità di mandato/ufficio

Oltre alla leva fiscale, l'equilibrio di bilancio può affidarsi a variazioni dei parametri di selettività dei beneficiari, rispetto allo schema base nazionale di selettività

Scompare ogni distinzione tra Fsn di parte corrente e Fsn di parte capitale. Le risorse sono onnicomprensive e le Regioni le allocano, tra Asl, Ao e tra capitoli di spesa, nella maniera migliore alla luce delle esigenze dei loro cittadini e dei modelli di offerta più rispondenti. Sono possibili cooperazioni interregionali per la realizzazione di infrastrutture di eccellenza e per la condivisione di strumentazioni di avanguardia

Tramite il Fsn avviene il finanziamento anche dei Lep socio-sanitari e sociali, in un quadro di maggior coordinamento Regioni - Enti Locali. Fondo Unico *Welfare*

Ogni anno, le Regioni presentano un Programma di Stabilità del loro Ssr, che viene discusso e approvato in Conferenza Stato-Regioni. Dalla discussione possono discendere *policy guideline* anche a carattere cogente. *In nuce*, la prova generale del Programma di Stabilità Regionale che potrebbe sostituire i Dpef regionali

Riferimenti bibliografici

Adang E. M., Borm G. F. (2007), *"Is there an association between economic performance and public satisfaction in health care?"*, The European Journal of Health Economics 8(3):279-85, 2007

[<http://www.labmeeting.com/paper/27600224/adang-borm-2007-is-there-an-association-between-economic-performance-and-public-satisfaction-in-health-care>]

Bunker R.D., A. Charnes, W. W. Cooper (1984), *"Models for estimating technical and scale efficiency in Data Envelopment Analysis"*, sta in Management Science 30 (9)

CeRM (2011), fascicolo dei documenti depositati in sede di audizione presso la Commissione Parlamentare per l'Attuazione del Federalismo Fiscale

[<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=69>]

Charnes A., W. W. Cooper W.W., E. Rhodes (1978), *"Measuring the efficiency of decision making units"*, European Journal of Operational Research n. 2, 429-444

Christiansen T., J. Lauridsen and P. Nielsen (2006), *"Demographic Changes and Aggregate Health-Care Expenditure in Europe"*, Enepri Research Report, n. 32

Coelli T. (2008), *"A Guide to Deap – Version 2.1"*, Cepa Working Paper n. 96-2008

[<http://www.une.edu.au/econometrics/cepa.htm>]

D. Lgs. n. 68 del 6 Maggio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 109 del 12 Maggio 2011, *"Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"*

Dormont B., J.O. Martins, F. Pelgrin, M. Suhrcke (2007), *"Health Expenditure, Longevity and Growth"*, paper prepared for the IX European Conference of the Fondazione Rodolfo De Benedetti on *"Health, Longevity and Productivity"*, Limone sul Garda

Draghi M. (2011), prolusione al Convegno *"Europa 2020: quali riforme strutturali per l'Italia?"*, Roma, Palazzo Koch, 21 Aprile 2011

ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata, *"Atlante sanitario"*, varie edizioni

[<http://www.atlantesanitario.it/#>]

Gerdtham U. G. and B. Jonsson (2000), *"International Comparisons of Health Expenditure: Theory, data and Econometric Analysis"*, in Handbook of Health Economics, Elsevier

Guerrucci D. (2003), *"La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale"*, WP Siep

Istat, *"Indicatori socio-sanitari regionali"*

[<http://www.istat.it/sanita/sociosan/>]

Istat, *"Aspetti della vita quotidiana"*,

[http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/]

Istat, "Health for All – Italia"
<http://www.istat.it/sanita/Health/>

Legge n. 42 del 5 Maggio 2009, recante "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"

Ministero della Salute, "SIS – Sistema Informativo sanitario"
<http://www.ministerosalute.it/servizio/datisis.jsp>,
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn>,
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=usl>
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=dsf>

Ministero della Salute, "Database del 'Progetto Mattoni'",
<http://www.nsis.ministerosalute.it/mattoni/mattoni.jsp> e
<http://www.nsis.ministerosalute.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=2&menu=organizzazione&lingua=italiano>

Ministero dell'Economia, "Relazione generale sulla situazione economica del Paese - RGSEP", vari anni, disponibili sul sito istituzionale
<http://www.tesoro.it/doc-finanza-pubblica/>

Newhouse J. P. (1977), "Medical Care Expenditure: a Cross-National Survey", Journal of Human Resources, 12

Ocse (2006), "Projecting Oecd health care and long term care expenditures: what are the main drivers?"
<http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498542>

Pammolli F., Papa L., Salerno N. C. (2009), "La spesa sanitaria pubblica in Italia - Dentro la 'scatola nera' delle differenze regionali", Quaderno Cerm n. 2-2009
<http://www.cermlab.it/pub/group/q/item/106>

Pammolli F., Magazzini L., Riccaboni M. (2008), "The Sustainability of Health care Systems: Beyond Income and Ageing", University of Verona, Department of Economics, Working paper Series

Pammolli F., Magazzini L., Riccaboni M., Salerno N. C. (2007), "La spesa farmaceutica territoriale convenzionata: il modello FarmaRegio per l'analisi della variabilità regionale", Quaderno Cerm n. 3-2007
<http://www.cermlab.it/pub/group/q/item/91>

Pammolli F., Salerno N. C. (2008), "La sanità in Italia – Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche", con prefazione di E. Letta, ed. Il Mulino – Arel
http://www.cermlab.it/la_sanita_in_italia.php

Pammolli F., Salerno N. C. (2010), "Benchmarking e Standard su profili di spesa per età", Working Paper CeRM n. 3-2010
<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=61>

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), "Federalismo: lo schema di decreto sulla perequazione delle infrastrutture", Short Note CeRM n. 1-2011
<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=68>

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), "Federalismo: schema decreto per la rimozione degli squilibri economico-sociali", Short Note CeRM n. 2-2011
<http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=73>

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), *“Regole federaliste per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale”*, documento CeRM depositato in sede di audizione presso la Commissione Parlamentare per l’Attuazione del Federalismo Fiscale
[\[http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=70\]](http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=70)

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), *“Il riparto del Fsn-2011: Much Ado About Nothing?”*, Working Paper CeRM n. 1-2011
[\[http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=75\]](http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=finanza&item=75)

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), *“Il riparto del Fsn-2011: Il gioco è valso la candela”*, documento di discussione CeRM
[\[http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=76\]](http://www.cermlab.it/argomenti.php?group=sanita&item=76)

Paradisi F., C. Brunini (2006), *“Le infrastrutture in Italia - Un’analisi provinciale della dotazione e della funzionalità”*, pubblicazione nelle collane dell’Istat
[\[http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512_00/inf_0607_infrastrutture_in_Italia.pdf\]](http://www.istat.it/dati/catalogo/20060512_00/inf_0607_infrastrutture_in_Italia.pdf)

Persiani N. (2006), *“Rilevazione e controllo contabile della spesa delle Aziende Sanitarie - spunti di riflessione per gettare le “microfondazioni” del federalismo”*, Nota Cerm n. 12-2006

Raitano M. (2006), *“The Impact of Death-Related Costs on Health Care Expenditure: A Survey”*, Enepri Research Reports, n. 17

Salerno N. C. (2010), *“Commento allo schema di decreto sugli standard in sanità”*, Nota Cerm n. 9-2010
[\[http://www.cermlab.it/documents/argomenti/SN_9_2010_FINAL.pdf\]](http://www.cermlab.it/documents/argomenti/SN_9_2010_FINAL.pdf)

Tofallis C. (2001), *“Combining two approaches to Efficiency Assessment”*, The Journal of Operational Research Society, Vol. 52, No. 11, pp 1225-1231

Wooldridge J. M. (2002), *“Econometric analysis of cross section and panel data”*, The MIT Press, Cambridge Massachussets

Working Group on Ageing di Ecofin (2006), *“The impact of ageing populations on public expenditure”*
[\[http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498540\]](http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498540)

Working Group on Ageing di Ecofin (2009), *“Ageing Report – 2009 edition”*
[\[http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498557\]](http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498557)

World Health Organization (2009), *“Health for All - Europe”*, aggiornamento di Agosto 2009
<http://www.euro.who.int/InformationSources> e <http://www.euro.who.int/HFADB>

Wp chiuso al 15 Maggio 2011

©® CeRM 2011

E-mail: [**cermlab@cermlab.it**](mailto:cermlab@cermlab.it)
Web: [**www.cermlab.it**](http://www.cermlab.it)