

Quaderno n.27 / 2016

di **New Welfare** | 28 Dicembre 2016 | In: [Quaderno n.27 / 2016](#), [Sommario Quaderni](#)

Un reddito garantito ci vuole. Ma che reddito garantito ci vuole? Breve storia dei percorsi per un reddito garantito in Italia degli ultimi anni e le proposte in campo

di **Sandro Gobetti** | 19 Marzo 2016 | In: [Quaderno n.27 / 2016](#)

Presentazione di **Aldo Dobrina**

Auspiciabilmente provocatorio appare il prezioso articolo di Sandro Gobetti che pubblichiamo su questo numero di Quaderni Europei sul Nuovo Welfare. Invero, la nostra rivista è maggiormente avvezzata a considerare i costi crescenti del welfare nelle attuali impostazioni. Si tratta qui invece di cambiare atteggiamento culturale nei confronti della macchina economica. Da spesa, da aiuto economico ai meno abbienti, un "reddito garantito" che raggiunga un'adeguata consistenza rappresenta un potenziale motore di domanda interna, di solvibilità nelle contrattazioni di mutui e altri presupposti essenziali della crescita economica. Evidentemente la sfida mette alla prova le reali capacità e competenza di chi gestisce il pubblico denaro. D'altra parte, non si tratta di un esperimento, quanto è vero che il reddito garantito già rappresenta un'esperienza ormai consolidata in altri paesi europei.

Una spinta che viene da lontano

Mai come negli anni che vanno dal 2012 al 2015, in Italia, si è stati così vicini alla possibilità di introdurre una (seppur iniziale) misura di reddito garantito, cioè di un diritto ad avere un beneficio economico che rendesse possibile il fatto che "sotto di una certa soglia economica" nessun essere umano può "scivolare". Un principio di base che avrebbe imposto in uno dei paesi europei a maggior rischio esclusione sociale e disoccupazione giovanile un concetto semplice, ancor più se in una società a capitalismo avanzato, che introducesse una nuova garanzia di dignità della persona dentro la sfera dei diritti sociali ed economici. Seppur in forme diverse rispetto ad un dibattito e ad alcune esperienze di carattere internazionale¹, che in alcuni casi spinge più in avanti la proposta di un diritto al reddito come il reddito di base incondizionato ed universale (cioè un diritto di esistenza erogato a tutti a prescindere dalla condizione lavorativa o patrimoniale etc.), in Italia si è imposto quantomeno un dibattito che facesse del "reddito minimo garantito" una opzione possibile, praticabile, urgente e necessaria.

Le proposte avanzate, senza soffermarci sulla storia del dibattito in Italia più lunga di quanto si creda, possiamo dire che si basano su una serie di analisi che partono già negli anni '90 dello scorso secolo a partire dal legame tra le trasformazioni produttive e la necessità di individuare nuovi strumenti di tutela e redistribuzione². Dopo anche i diversi studi (come quello noto della così detta Commissione Onofri)³, a partire da dopo la metà degli anni '90, si sono avute alcune sperimentazioni e proposte più o meno interessanti che andavano in qualche modo nella direzione di modernizzare lo stato sociale o quantomeno di porre lo strumento del reddito minimo garantito come necessario. Seppur con molti limiti e critiche che si possono fare, vi sono state alcune esperienze che segnano anche la "storia" delle esperienze in Italia in merito a questo nuovo diritto. Sono un esempio le sperimentazioni di carattere nazionale (come il Reddito Minimo di Inserimento), le proposte delle tante e diverse leggi regionali (in particolare la legge del Lazio che può essere annoverata tra le migliori proposte emerse), l'intenso dibattito che ha interessato prima i movimenti sociali, poi le nuove figure lavorative (con le grandi manifestazioni del mondo della precarietà della così detta May Day fin dai primi anni 2000⁴), fino ad arrivare alle proposte di alcune forze politiche, da Rifondazione Comunista a SEL al M5S che hanno inserito nei loro programmi politici, ed elettorali, proposte simili⁵. Il dibattito ha attraversato anche il mondo culturale ed accademico, con la presa di posizione forte di giuristi e giuslavoristi, costituzionalisti, sociologi ed economisti⁶, così come ha visto dei sostenitori anche tra molte personalità del mondo della politica che non necessariamente trovavano nel loro partito altrettanto interesse (ad esempio alcuni esponenti del Partito Democratico che hanno presentato, durante le scorse legislature, proposte di legge)⁷. Insomma questo per dire che in questi ultimi 25 anni sicuramente il tema del diritto ad un reddito garantito si è fatto largo, si è imposto sempre più prepotentemente nel dibattito e nell'agenda politica e sociale del nostro paese come mai prima.

Oltre che le trasformazioni sociali e del mondo del lavoro che attraversavano l'Italia e che hanno reso sicuramente il tema del reddito una delle proposte più calzanti per rispondere a tali trasformazioni, sicuramente l'elemento delle *best practice* o per meglio dire delle esperienze già esistenti in tema di "reddito minimo garantito" presenti da tempo negli schemi di welfare di molti paesi europei, ha reso il tema ancora più percorribile dal punto di vista della fattibilità della proposta. La chiave dei "modelli europei" è stata un'ottima "chiave" per raccontare questa proposta e da destinare anche ai più scettici rispetto alla possibilità di definire un sistema di garanzia del reddito. Le esperienze dei paesi del nord Europa (e non solo) così come le diverse "indicazioni" delle istituzioni sovranazionali, che davano con alcune risoluzioni un preciso ruolo allo strumento del reddito minimo garantito, hanno sicuramente reso

“più comprensibile” il tema e hanno sicuramente avuto un ruolo di convincimento per la praticabilità, oltre che della giustezza, di una misura di garanzia del reddito. Le esperienze europee e le indicazioni sovranazionali hanno creato anche l’effetto positivo sul fatto che il tema potesse emergere dalle rivendicazioni sociali e dal dibattito teorico generale e finire così nelle agende istituzionali. A un certo punto le esperienze europee così come le indicazioni sovranazionali sono diventate una sorta di “guida” per definire alcune proposte di legge, anche se, va detto, spesso rimaneggiate per essere “offerte e giustificate” all’opinione pubblica italiana.

2012 e 2015 per il diritto al reddito la società ci mette la firma

Sicuramente il periodo più prolifico rispetto alla possibilità di definire e introdurre finalmente una misura di tipo legislativo possiamo inserirlo negli anni tra il 2012 ed il 2015. Per molti la percezione che il tema potesse effettivamente arrivare a un articolato di legge definito, così da poter essere introdotta una misura di reddito minimo garantito, sembrava essere lì a venire. Le condizioni sociali e l’aggravarsi del disagio economico di ampi strati della società italiana richiedevano e, oggi con maggiore urgenza, richiedono una misura del genere. E’ stata proprio questa complessità di connessioni sociali e culturali messa in campo negli anni precedenti, che ha permesso di introdurre il tema con maggiore forza ed interesse, tanto da arrivare a due importantissime esperienze, come le campagne di raccolta firme, prima nel 2012 e successivamente nel 2015 per definire finalmente una proposta di legge possibile.

Nella prima campagna di raccolta firme per “una legge di iniziativa popolare per il reddito minimo garantito”⁸, iniziata nel giugno 2012, ben oltre 60 mila firme furono consegnate nelle mani della Presidente della Camera Boldrini, che nell’aprile 2013 incontrò gli stessi proponenti dicendosi non solo a favore di una proposta simile ma che avrebbe fatto sì che l’aula parlamentare la discutesse anche a prescindere dal numero di firme raccolte. Ma a prescindere dal numero delle firme, fu altrettanto interessante il fatto che la campagna attraversò per sei mesi l’intero paese coinvolgendo centinaia di associazioni e realtà sociali che organizzarono oltre 250 iniziative pubbliche. La campagna di raccolta firme e dunque le tante iniziative sociali, furono sostenute anche da alcuni partiti politici che pochi anni prima erano avulsi al tema se non, in alcuni casi, addirittura contrari. Così come tante furono le personalità della cultura che sostennero la campagna e dunque la proposta di legge popolare segnando così un’altra novità e cioè una trasversalità ancora più ampia nei diversi territori e settori sociali del paese. Il caso poi in certi momenti della storia sembra “non venire per caso”. Infatti durante la campagna di raccolta firme, con sorpresa, si ebbero anche le elezioni politiche e più di un partito o movimento parlò apertamente della necessità di introdurre un diritto al reddito garantito (anche se utilizzando spesso nomi diversi e a volte fuorvianti) e questo segnò sicuramente una delle novità più interessanti, rispetto al nostro paese, in cui spesso questo tema veniva relegato in nicchie culturali o politiche come fosse una sorta di “strana idea”. La proposta di legge di iniziativa popolare (nel suo articolato) fu successivamente “fatta propria” dal partito di Sinistra Ecologia Libertà per “aggirare” le lungaggini burocratiche (che solitamente incontrano le proposte di iniziativa popolare) e fu così portata in discussione alla Commissione Lavoro del Senato per avviarsi al dibattito parlamentare.

Nella primavera del 2015 prese corpo una seconda campagna sociale, con un’altra raccolta firme (oltre 80mila), definita: “100 giorni per un Reddito di Dignità”⁹. Questa volta non solo si segnalava l’aggravarsi delle condizioni sociali ed economiche per strati ancora più ampi della società italiana a causa anche dei risultati dell’aggravarsi della crisi, ma ancor più si segnalava l’urgenza dell’introduzione di una misura simile. Questa campagna pose con forza la questione del tempo entro cui si sarebbe dovuta fare una legge per il reddito minimo garantito: 100 giorni. Determinata a chiedere dunque alle istituzioni un tempo entro cui dibattere e definire una legge sul reddito minimo garantito. In questa seconda campagna sociale la platea di partecipanti alla raccolta firme divenne ancora più ampia della prima. A partire dall’esperienza di “Misericordia Ladra”, una rete contro la povertà molto ampia, parteciparono non solo centinaia di associazioni, ma anche enti locali, sindaci, giunte comunali sparse in tutto il paese, ma anche sindacati e studenti. L’iniziativa, che vide il ruolo principale e trainante dell’ “Associazione Libera contro le mafie” ebbe la partecipazione di un mondo di realtà sociali ancora più trasversale. Dai cattolici di base agli studenti, dalle realtà di lotta per i diritti sociali alle associazioni di contrasto alla povertà, dai partiti agli enti locali. Insomma una trasversalità “popolare” oseremo dire, che funzionò anche da termometro delle condizioni di difficoltà economica nel nostro paese che di volta in volta venivano denunciate, ma anche di quanto il tema del reddito minimo garantito fosse stato “fatto proprio” da migliaia di persone che risposero mobilitandosi per questa campagna.

Se nel 2012 la casualità fu quella di trovarsi nel bel mezzo di una campagna elettorale per le elezioni politiche, nella seconda, del 2015, la determinazione superò la casualità e puntò subito a coinvolgere le forze politiche chiedendo, o meglio, indicando loro un tempo certo per una misura certa: 100 giorni per una legge! In questa seconda campagna non fu realizzato un articolato di legge, ma bensì fu definita una piattaforma di 10 punti in cui i proponenti esprimevano con chiarezza alcuni concetti di base per definire una legge sul reddito minimo garantito al passo con i tempi. Un “Manifesto Piattaforma” come fosse una “guida ai principi irrinunciabili” utile per un eventuale articolato di legge da proporre in Parlamento. Un modo inoltre per dire “che non tutte le proposte sono uguali” e che indicava dunque dei concetti di base su cui doversi muovere. Si chiese inoltre un impegno *ad personam* ai diversi parlamentari a partire dalla

loro firma come sostegno a questa Piattaforma e dunque ai concetti li espressi. Questa operazione intendeva, come poi richiesto ufficialmente anche attraverso numerose "lettere aperte" e articoli pubblicati su diversi quotidiani, di "mettere insieme" le diverse proposte in campo¹⁰ così da poter "unire" le forze politiche (e parlamentari) intorno ad un'unica proposta di legge così da poter essere approvata. In questo senso la campagna dei "100 giorni per un reddito di dignità" ha voluto segnare il passo, tentare un allungo, definire una proposta ed arrivare ad avere finalmente un nuovo diritto nel nostro paese.

Sandro Gobetti: Coordinatore BIN Italia (www.bin-italia.org)

1 Vedi il dibattito e le proposte avanzate dalla rete mondiale BIEN e dalla rete europea UBIE nonché dei progetti pilota di reddito minimo incondizionato in alcuni paesi europei e del reddito di base universale nelle esperienze in India e Namibia e non ultima l'esperienza della Bolsa Familia in Brasile.

2 A tal proposito, solo per citarne alcuni, si possono consultare: Autori Vari "La democrazia del reddito universale" Manifesto Libri 1996; "A. Tiddi e A. Mantegna "Reddito di cittadinanza, verso la società del non lavoro" Infoxootools 1999; A. Fumagalli e M. Lazzarato "Tute Bianche, disoccupazione di massa e reddito di cittadinanza" Derive Approdi 1999; A. Tiddi "Precari" Derive Approdi 2002; La rivista Infoxoa e la rivista Derive Approdi; ed anche i numerosi testi di autori internazionali come J. Rifkin "La fine del lavoro" Oscar Mondadori 2002; U. Beck "La società del rischio" Carocci 2000; etc. E negli anni successivi: Autori Vari "Reddito per tutti, un'utopia concreta nell'era globale" a cura del BIN Italia, Manifesto Libri 2009 etc.

3 I lavori della "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale", più nota come Commissione Onofri, si sono conclusi nel 1997 con una proposta di riforma organica dello stato sociale italiano. Sul tema degli ammortizzatori sociali, la Commissione aveva formulato un progetto universalistico di protezione in caso di sospensione temporanea del lavoro e perdita del posto. La proposta includeva l'istituzione di un "reddito minimo vitale".

4 La così detta May Day riuscì a raccogliere nel corso degli anni, nella giornata del primo maggio, decine di migliaia di lavoratori precari e non solo. In alcune di queste manifestazioni, che si tenevano a Milano, la presenza dei partecipanti arrivò a superare anche le 100mila persone. Tanto che la stessa May Day divenne per alcuni anni Euro May Day con la partecipazione al "primo maggio dei precari" di numerose città e capitali europee. La May Day si caratterizzò subito con la rivendicazione di un reddito di base o un reddito minimo garantito a partire proprio dalla trasformazione del mondo del lavoro con l'avvento delle nuove tecnologie e della flessibilità del lavoro.

5 Al momento in cui vi scriviamo vi sono due proposte di legge per il "reddito di cittadinanza", a firma Movimento 5 Stelle, ed una per il "reddito minimo garantito" a firma Sinistra Ecologia Libertà, che sono in discussione alla Commissione Lavoro del Senato.

6 In buona parte molti di questi studiosi sono soci o sostenitori proprio dell'Associazione italiana per il reddito garantito, Bin Italia.

7 Ad esempio la proposta di legge sul "Reddito minimo di Cittadinanza" del Senatore del Partito Democratico Roberto Di Giovan Paolo.

8 Si può visitare il sito www.redditogarantito.it oppure il sito www.bin-italia.org in cui è possibile trovare sia l'elenco delle associazioni aderenti, sia le tante iniziative realizzate, sia l'articolato della proposta di legge.

9 Per maggiori informazioni visitare il sito www.campagnareddito.eu oppure www.bin-italia.org oppure sul sito www.libera.it

10 In quella fase ben due erano le proposte di legge in discussione alla Commissione Lavoro del Senato, una a firma Movimento 5 Stelle ed una a firma Sinistra Ecologia Libera

Principi

irrinunciabili

Due iniziative che hanno visto nel corso di 3 anni partecipare decine di migliaia di persone, con una enorme attività di promozione di dibattiti, seminari, pubbliche iniziative in città e paesi dove di reddito minimo garantito non se ne era mai sentito parlare, dove non si era a conoscenza minimamente dei diversi schemi presenti in molti paesi europei, dove nessuno aveva mai posto il tema delle indicazioni sovranazionali.

Due iniziative che hanno avuto la capacità di richiamarsi a vicenda tanto nel coinvolgimento che nella proposta. Infatti, tanto nella prima "proposta di legge di iniziativa popolare" del 2012, quanto nella Piattaforma del così detto "reddito di dignità" della seconda campagna, sono segnalati alcuni principi di base che se elusi, se scavalcati, se non tenuti in considerazione non possono far annoverare alcun'altra proposta come un diritto ad un reddito minimo garantito. L'individualità della misura, la non vessazione del beneficiario attraverso stringenti contropartite e forme di condizionamento, l'accessibilità per coloro che ne hanno diritto, la residenza e non la cittadinanza, il diritto a servizi di qualità oltre il beneficio economico, la durata e l'ammontare del beneficio sono stati i punti cardine di tutte e due le proposte, tanto da divenire appunto "un'idea" di quale reddito minimo si intendesse sostenere.

Questi principi di base inoltre non sono stati definiti dentro un mero "libro dei sogni" ma sono stati in parte presi "a prestito" dai principi di base di alcuni schemi di reddito minimo già vigenti in alcuni paesi europei così come erano stati proposti nel corso della loro storia; in alcuni passaggi che si trovano nelle indicazioni di alcune leggi regionali italiane; utilizzando alcuni elementi espressi nelle indicazioni delle istituzioni sovranazionali; e ancora di più cercando di comprendere al meglio i nuovi bisogni emergenti nella nuova fase produttiva, nel mondo globalizzato, nella crisi. Furono fatti propri inoltre anche studi¹¹, risoluzioni europee o documenti relativi a Carte¹² o Trattati europei.

La questione infatti dell'**accessibilità** alla misura, cioè di non rendere "difficoltoso" da un punto di vista sia burocratico (nella stesura infinita di prove e contro prove, di documentazioni e certificazioni etc.) che stringente ad obblighi, è stata una delle questioni posta con forza da numerosi attori in campo. Alcuni importanti studi¹³, proprio sulle trasformazioni dei modelli europei, indicano infatti la questione delle "difficoltà di accesso" per il beneficiario, come uno dei motivi principali per cui, molti pur avendone diritto, si scoraggiano a chiedere il sostegno al reddito. La richiesta continua di produrre "prove di necessità"

(*means test*) ha portato al fatto che chi necessita di un sostegno economico, smettesse ad un certo punto di richiederne l'erogazione. Come se la produzione continua di "prove" determinasse di fatto una sorta di "vessazione" rispetto al soggetto in difficoltà economica trattato a volte o come un "nullafacente" nel migliore dei casi se non direttamente come un "furbacchione". Questo, come riportato anche dagli studi (menzionati nella precedente nota) sulle trasformazioni ed in particolare sulle restrizioni che gli schemi di reddito minimo in Europa hanno subito nel corso degli ultimi anni e che hanno visto una fetta consistente dei finanziamenti al welfare volgersi verso quel welfare che avrebbe dovuto rilanciare la piena occupazione (e che visti i risultati dell'aumento della disoccupazione e dei nuovi poveri in Europa possiamo definire fallimentare). Quella che sarebbe dovuta essere una "politica per l'inclusione attraverso il lavoro" ha portato al contrario un alta percentuale di soggetti a rischio povertà a non chiedere più l'erogazione del beneficio. I diversi "obblighi" richiesti a partire dalla domanda di ammissione alla misura, ha determinato una difficoltà di accesso denunciata in molti paesi europei, avendo l'effetto così di diminuire i beneficiari del reddito minimo e spostando continuamente molti fondi verso il sostegno alle imprese. Inoltre il surplus di documentazione burocratica richiesta ai beneficiari ha determinato al contrario una macchina burocratica ancora più costosa di prima. Anche per questi motivi (e non solo) la questione dell'accessibilità, tenendo ben chiaro il rischio di controllo sociale o di vessazione verso il beneficiario, è stato uno dei punti più importanti espressi in tutte e due le campagne sociali proposte in Italia dal 2012 al 2015.

Un altro dei punti qualificanti posti sia nella Piattaforma che nella proposta di legge di iniziativa popolare è stata la questione della **residenza** e non della cittadinanza. Il punto di partenza è stata la "non discriminazione" verso il beneficiario. Non si possono infatti discriminare coloro i quali non hanno ancora ricevuto un riconoscimento di cittadinanza (ancor più in Italia dove non vi è come in altri paesi una legge sullo *ius solis*) tra due soggetti egualmente in difficoltà economica. In questo senso, ad esempio, in molti hanno contestato la proposta del così detto "Reddito di Autonomia" della Giunta regionale a guida leghista in Lombardia¹⁴ perché appunto a rischio discriminazione.

Un altro dei concetti di base posto come centrale nelle due campagne è stata anche la questione della **"temporalità"** e dell'**"ammontare"** del beneficio. Concetti di base che vanno resi meno stringenti perché non si può definire a tavolino quando il beneficiario sarà in grado di uscire da una condizione specifica di difficoltà economica. Per questo "il tempo" del beneficio è un "tempo di garanzia del diritto e dunque della dignità della persona". Questo d'altronde è definito proprio in alcuni degli schemi di reddito minimo delle esperienze europee quando si dice che l'erogazione del reddito minimo deve considerarsi valida "fino al miglioramento della propria condizione economica"¹⁵ e non al contrario come definito in alcune proposte, come quella del reddito minimo della Regione Puglia che addirittura pensa di fare un *turn over* dei beneficiari¹⁶ quasi a difendere la condizione di dignità come fosse a tempo. Così come nelle proposte delle due campagne si sono richiamati alcuni concetti esposti in alcune risoluzioni europee a partire dalla definizione di una "somma necessaria", un ammontare, affinché si possa definire una sorta di "minimo garantito", cioè una base economica, sotto la quale nessun individuo deve scivolare. L'Europa in questo senso ricorda che i sistemi di "reddito minimo adeguati debbono stabilirsi almeno al 60% del reddito mediano dello Stato membro interessato"¹⁷.

Sicuramente, però, tra i nodi più spinosi sui quali spesso le diverse proposte di legge si impegnano a trovare le soluzioni più stringenti e condizionanti verso l'eventuale richiedente, è quello del legame tra il reddito minimo e il lavoro. La così detta **"condizionatezza"** all'obbligo di accettare un lavoro qualsiasi altrimenti vi è la perdita del beneficio. Come un contrappasso la questione della condizionatezza al lavoro si è andata facendo sempre più pressante anche nelle diverse misure di reddito minimo in Europa con l'idea, come dicevamo sopra, di una "inclusione attiva" che però sembra non aver avuto l'effetto desiderato ed allo stesso tempo ha aumentato i tagli proprio alle misure di welfare, reddito minimo garantito compreso. L'idea che in fondo il beneficiario sia una sorta di "parassita" sociale al quale va chiesta la continua disponibilità pare rimanere ferma in molti approcci al tema, alle esperienze delle *poor laws* inglesi di metà '800¹⁸. Anche in questo caso le proposte avanzate dalle due campagne hanno voluto studiare non solo le forme di reddito minimo presenti in Europa, ma comprendere anche le trasformazioni che queste, così come in generale tutto l'istituto del welfare, hanno subito nel corso del tempo. Il passaggio tra *welfare* e *workfare* in tutta Europa, con la conseguente erosione del finanziamento del primo a favore del secondo (dai cittadini alle imprese per favorire una maggiore occupabilità) è stato abbastanza significativo. I tagli al *welfare* così come le restrizioni proprio nelle misure di reddito minimo garantito, si sono avute in tanti paesi europei. In alcuni casi con effetti poco positivi come ad esempio la nota riforma Hartz IV¹⁹ in Germania che ha determinato di fatto un pezzo di società "obbligato" a dover fare spesso lavori insignificanti e sottopagati per non perdere il sussidio. In molte di queste riforme si è modificato anche il ruolo degli istituti del "mercato pubblico dell'offerta" di lavoro, trasformando in molti casi i centri per l'impiego pubblici, non più in luoghi di *matching* tra domanda e offerta, ma piuttosto in costose macchine burocratiche di controllo verso i beneficiari del reddito minimo, chiedendo loro di adoperarsi ad ogni richiesta con il permanente ricatto di perdere il beneficio in caso di rifiuto.

Oggi, anche in relazione ai tagli subiti dal welfare e sulle politiche restrittive di accesso al reddito minimo possiamo dire che le politiche di *workfare* non hanno avuto un gran successo e che al contrario per

sostenere queste politiche si è eroso molto, tanto nei finanziamenti quanto nei concetti basilari e nelle finalità il precedente sistema di welfare. In molti paesi europei infatti da qualche anno stanno avanzando diverse proposte di rilancio della misura del reddito garantito. Quelle più interessanti sono relative alla definizione di un reddito minimo con forme di condizionatezza meno stringenti come nella proposta della Regione francese dell'Acquitania²⁰, nelle proposte di numerosi Comuni in Olanda²¹ su un reddito minimo incondizionato, o le proposte provenienti dalla Finlandia²². Addirittura in alcuni paesi vi sono proposte ancora più radicali come quella del referendum in Svizzera che chiede un reddito di base incondizionato da destinare a tutti i cittadini che abbiano sopra i 25 anni²³ a dimostrazione di un dibattito molto più ampio in merito al reddito garantito.

In questo senso le due proposte avanzate dalle due campagne italiane hanno individuato una sorta di "opzione mediatrice", tra reddito e lavoro, nel concetto della "congruità" del lavoro. Cioè il fatto che il lavoro offerto non sia "un lavoro qualsiasi" ma che sia congruo in relazione alle esperienze, alla formazione, ed anche alle competenze informali del beneficiario del reddito minimo garantito come forma di valorizzazione dell'individuo e non, al contrario, come "obbligo" con la conseguente "punizione" della perdita del beneficio in caso di rifiuto. Inoltre ridona un senso agli strumenti pubblici del mondo del lavoro come l'ufficio per l'impiego che dovrà esso stesso adoperarsi al meglio affinché il beneficiario possa trovare un lavoro "congruo".

Porre l'accento sulla valorizzazione della persona piuttosto che obbligarlo a qualsiasi lavoro, ha portato i proponenti delle due campagne a definire il concetto di "congruità". Questo anche perché se si vuole evitare di determinare "obblighi vessatori" quello della condizionatezza a qualsiasi lavoro significava al contrario operare per riconoscere le competenze formali ed informali, la capacità che il soggetto inevitabilmente porta con sé e che diventa ricchezza sociale, un capitale umano più ampio che non può essere disperso.

La questione della congruità, cioè di un lavoro congruo da offrire così esposto nelle due campagne, pone la questione della "condizionatezza" al lavoro sotto un'altra luce. La logica dovrebbe essere quella che lega il beneficiario del reddito minimo al lavoro attraverso una idea di "libertà di scelta" del lavoro. Ancor più se si vuole dare a questo un senso "emancipatorio" così come sostenuto dalle tesi dei così detti "lavoristi". Il concetto di non contrapporre il reddito minimo e la garanzia ad una vita dignitosa attraverso l'obbligo all'integrazione lavorativa è anche in questo caso mutuato dalle indicazioni sovranazionali in cui si dice che: *"Il coinvolgimento attivo non deve sostituirsi all'inclusione sociale e chiunque deve poter disporre di un Reddito Minimo, e di servizi sociali di qualità a prescindere dalla propria partecipazione al mercato del lavoro"*²⁴.

Come detto, diversi studi internazionali pongono l'attenzione sul rischio che corrono gli attuali schemi di reddito minimo in Europa che se troppo condizionanti (da tutti i punti di vista) rischiano al contrario di incentivare lavori dequalificanti, di essere di difficile accesso, di durare poco nel tempo e soprattutto, visti i troppi vincoli richiesti, di essere al contrario strumento che aumentano la platea degli esclusi perché aumentano la platea dei non richiedenti. Il fatto di aver perso un lavoro o di passare da un lavoro ad un altro, come accade ai lavoratori precari e flessibili, non fa di questo soggetto un "fannulone" perché chiede un reddito minimo, ma al contrario va riconosciuto nella sua complessità. Se non si persegue questa strada si rischia di aprire ad un percorso di ulteriore impoverimento delle competenze dell'individuo e dunque di una società nel suo complesso. Il reddito minimo garantito va sempre compreso dentro la sfera della valorizzazione dell'individuo e non il contrario.

Anche in questo caso ci vengono in soccorso di nuovo le esperienze europee o meglio le critiche ai tagli di questi ultimi anni, e soprattutto le istituzioni europee quando dicono che *"la causa di un'apparente esclusione dal mondo del lavoro può risiedere nella mancanza di sufficienti opportunità occupazionali dignitose piuttosto che nella mancanza di sforzi individuali"*²⁵.

11 In particolare la ricerca ed il successivo libro a cura del BIN Italia, "Reddito minimo garantito, un progetto necessario e possibile" Edizioni Gruppo Abele, 2012.

12 In particolare la Carta di Nizza.

13 Vedi anche lo studio prodotto dalla rete EMIN "Analisi di uno schema di reddito minimo in cinque stati membri" oppure dagli studi di H. Frazer ed E. Marlier "Minimum income schemes across EU member" European Commission Dg Employment, Social Affairs and Equal opportunities, 2009

14 Questa è stata fatta oggetto di richiami da alcuni organismi come l'ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) che ha fatto ricorso proprio sulla base del rischio di discriminazione in merito alla proposta perché assegnerebbe punteggi maggiori a partire dalla nazionalità del richiedente.

15 Vedi le schede sugli schemi di reddito minimo nei diversi paesi europei pubblicati nella ricerca "Reddito Garantito e nuovi diritti sociali, i sistemi di protezione sociale in Europa a confronto per una legge nella regione Lazio" Assessorato al Lavoro, Regione Lazio, 2006.

16 L'idea della Regione Puglia sarebbe quella di intervenire con un reddito minimo su una platea ampia dei beneficiari a partire non dal finanziamento della legge ma da una turnazione degli aventi diritto. Come dire, la dignità può durare al massimo il periodo di erogazione del beneficio dopodiché se non sono stati fatti progressi per uscire dalla condizione di esclusione sociale, terminato il turno, il soggetto beneficiario torna nella condizione di povertà dalla quale proveniva senza più alcun riconoscimento.

17 Risoluzione del 20 ottobre 2010 sul ruolo del Reddito Minimo, nella lotta contro la povertà e la promozione di una società

inclusiva in Europa

18 Nel XVII secolo tre erano i capisaldi del sistema: la Poor Law, che affidava l'assistenza dei poveri alle parrocchie e istituiva le poorhouses[1]; lo Statute of Artificers che prevedeva l'imposizione del lavoro, regolava apprendistato e tariffe salariali e prevedeva controlli salariali annuali da parte di pubblici ufficiali; Nel XVIII secolo le poorhouses cominciarono ad essere affiancate dalle workhouses. Con la legge elisabettiana [la Poor Law del 1601] i poveri erano costretti a lavorare per qualunque salario essi potessero ottenere

19 Consigliamo di vedere l'interessante video documentario prodotto dalla Rai dal titolo "L'Inferno della Hartz IV". Il piano Hartz è la definizione dell'insieme di proposte della Commissione "Servizi moderni al mercato del lavoro", che in Germania ha lavorato sotto la guida di Peter Hartz ed ha presentato la propria relazione nell'agosto 2002. Unificazione dell'indennità di disoccupazione (Arbeitslosenhilfe) e sussidio sociale (Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt)) per persone idonee al lavoro nell'indennità di disoccupazione II (Arbeitslosengeld II (ALGII)) in parte ad un livello inferiore del preesistente sussidio sociale.

20 Il Consiglio Regionale Aquitania ha approvato progetti pilota per testare l'introduzione di una "RSA incondizionato". Il Revenu de Solidarité Active o RSA, è l'attuale strumento presente in Francia di reddito minimo garantito che prevede un means test per potervi accedere. L'incondizionalità proposta su questa misura del RSA comporterebbe di fatto la fine della condizionalità al lavoro come requisito per poter accedere a ricevere il reddito minimo e renderebbe dunque questa misura meno discriminatoria e meno burocratica. (Tratto da www.bin-italia.org)

21 In Olanda stanno aumentando i progetti pilota di numerosi enti locali per prendere in considerazione l'introduzione di una misura di reddito minimo garantito ed incondizionato. Sono oltre 30 comuni olandesi che stanno valutando questa ipotesi. In particolare la città di Utrecht, la quarta città più popolata dei Paesi Bassi, ha infatti attirato una forte attenzione di recente – anche a livello internazionale – con l'annuncio di volere lanciare un progetto pilota entro la fine dell'anno per garantire un reddito di base incondizionato ai suoi residenti. (tratto da www.bin-italia.org)

22 Prima delle elezioni politiche del 2015 vi era stato un forte dibattito da parte di tutte le forze politiche finlandesi per arrivare a definire una proposta di reddito minimo incondizionato nel paese. Tale proposta è ora parte del programma di governo. (tratto da www.bin-italia.org)

23 130mila firme per un referendum a favore di un reddito di base incondizionato da erogare a tutti i cittadini svizzeri, lavoratori e non, di 2500 franchi pari a 2000 euro mensili. (tratto da www.bin-italia.org)

24 come recita la Relazione per Risoluzione europea sul Coinvolgimento delle persone escluse dal mercato del lavoro (2009)

25 Risoluzione sul Coinvolgimento delle persone escluse dal mercato del lavoro (2009)

Non ultima istanza, ma libertà ed autonomia della persona

Quello che emerge dunque dalle due campagne in Italia, così come dalle diverse proposte, è che la lotta alla povertà si identifica dentro una necessità immediata (una legge entro 100 giorni) ma al contrario non si identifica dentro una forma di "governance" del problema (povertà) dentro la sfera del "controllo sociale" (cioè dei poveri). Un riconoscimento della dignità della persona a partire non solo dal riconoscimento di una base economica, ma soprattutto al fatto che questa sia strumento di valorizzazione, di autonomia, di autodeterminazione, in una parola che vada nella direzione, sempre, di essere strumento di libertà. E non vi può essere libertà se non quando vi è libertà dal bisogno e dunque libertà di scelta.

Insomma, la questione del contrasto al disagio economico è più complessa che dire "diamo ai poveri qualche soldo" o "ci vuole un reddito minimo garantito". Come detto, bisogna capire che "reddito garantito ci vuole" e le indicazioni delle due campagne promosse in Italia hanno dato alcuni spunti per iniziare a definire un diritto nuovo in grado di rispondere alle complessità contemporanee.

Sicuramente nella classifica delle disgrazie non vi è mai fine, ma in questa epoca l'ampiezza del disagio dimostra che le forme di "precarizzazione" della vita possono assumere numeri sempre più consistenti e le fasce sociali o i soggetti coinvolti sempre più variegati. Guy Standing nel definire il "denizen"²⁶, il cittadino senza diritti, descrive le forme di precarietà sociale e del rischio di nuove povertà mettendo insieme diversi attori sociali: pensionato, operaio in via di dismissione, i giovani, le donne, i precari del lavoro, gli ex detenuti, i migranti etc. come a raccontare una diversità ampia di figure sociali che vanno "proletarizzandosi" o spesso "sotto proletarizzandosi" a prescindere se hanno un contratto di lavoro o meno²⁷, se vivano in una metropoli o in un piccolo paese etc. Sono figure sociali che tuttavia portano con loro storie ed esperienze che vanno ricostruite, ma soprattutto che vanno sostenute con diritti e strumenti nuovi come quello del reddito garantito. Non si tratta di costruire giustificazioni morali al "perché" c'è bisogno di un certo "tipo di reddito" (e dunque non di un reddito minimo qualunque) ma bensì si tratta di cogliere le novità che emergono in società complesse come le nostre. L'impennata di conoscenze e socializzazione a partire dal diffondersi delle nuove tecnologie sono un fatto ormai globale così come l'aumento sempre più costante della flessibilità del lavoro e della insicurezza sociale nel suo insieme²⁸. Discutere oggi di contrasto alla povertà significa dunque ampliare il discorso alle nuove forme che raccontano il *rischio povertà*, con l'entrata e l'uscita permanente anche tra lavoro e non lavoro, e comprendere che vi è ormai una certa trasversalità anche nei diversi contesti sociali²⁹. Discutere dunque di reddito come strumento di contrasto alle nuove povertà significa riconoscerlo come strumento di autonomia e valorizzazione della persona. Il senso di un reddito minimo garantito nella società liquida, frammentata, scomposta può ben ritrovarsi se favorisce l'individuo a perseguire i propri interessi (tanto professionali che vitali) e dar seguito alle proprie capacità, a partire dal fatto di non determinare costantemente una pressione economica che lo rende sempre soggetto ricattabile.

Precari, pensionati e futuri poveri?

La situazione purtroppo non è lì a divenire migliore. Malgrado le due campagne di raccolta firme, o il fatto che siano state avanzate alcune proposte di legge, al momento in Italia non vi è alcuna misura di reddito

minimo garantito ne tantomeno il Parlamento italiano si sta predisponendo verso un dibattito serio che vada in questa direzione. Anzi al contrario si continuano a proporre ricette opposte come ad esempio la così detta Social Card³⁰ oppure il SIA (Sotegno all'Inclusione Attiva)³¹ o del REIS (Reddito di Inclusione Sociale)³² che dimostrano ancora una idea frammentaria di come dovrebbe essere un nuovo diritto sociale ed economico. Infatti le due proposte di legge sul reddito minimo garantito sono ferme in Commissione Lavoro al Senato, l'iter legislativo stenta a prendere il via e gli emendamenti in favore di un reddito minimo garantito presentati durante la fase di discussione della legge finanziaria non sono stati presi in considerazione dalle forze politiche di maggioranza. Questo anche se l'Istat ha pubblicato lo studio di fattibilità economica in merito alle proposte in campo (in particolare quella del Movimento 5 stelle e quella di Sinistra Ecologia e Libertà)³³. La stessa INPS (l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) ha richiamato più volte la necessità di un diritto al reddito minimo almeno per la fascia degli over 55 anni che sarebbero, secondo tutti i dati, la prossima e prima generazione a non avere accumulato una pensione per i prossimi anni. Una generazione, che tempo fa in un articolo con Luca Santini³⁴, definimmo, la prima generazione precaria³⁵. La generalizzazione della condizione di precarietà ha indotto sul piano soggettivo una mutazione, il passare degli anni e dei decenni ha contribuito a modificare la percezione, a costruire forme adattive e risposte soggettive alla deregolamentazione del rapporto lavorativo. Trasformazioni oggettive e scarti sul piano soggettivo ci portano a intravedere diverse tipologie di soggetto precario: di prima, di seconda generazione fino alla generazione dei così detti *neet* (Not in Employ Education Training) passando inoltre per una precarizzazione sociale diffusa che coinvolge soggetti anche oltre la condizione strettamente lavorativa. Lontani dai comuni strumenti delle politiche del lavoro e poco coinvolti nelle iniziative organizzate dalle rappresentanze sindacali, tutti questi soggetti fronteggiano da soli questa sorta di «privatizzazione dei rischi sociali» verso cui si esprime tutto il disorientamento e la difficoltà di reazione. Quando il 3 ottobre del 2005 Eurostat lanciava l'allarme sul rischio povertà per le popolazioni europee, tra queste l'Italia si presentava con un dato previsionale spaventoso: con il rischio povertà che avrebbe potuto *coinvolgere negli anni a venire il 42,5% della popolazione*³⁶. A distanza di 10 anni da quella nota tutti i dati sulla povertà, sul rischio esclusione sociale etc. sono in costante aumento ed in tutta Europa e purtroppo con molta probabilità gli anni a venire si presenteranno con tutta la loro drammaticità. Oggi coesistono più generazioni *vittime* delle forme di precarizzazione sociale. Potremmo dire infatti che tale trasversalità generazionale ha una condizione comune che va aumentando, cioè la

totale mancanza di diritti e protezioni sociali ed economiche. Se pensiamo alla "prima generazione" dei precari, quella entrata nel mondo del lavoro nei primi anni '90 e che oggi ha intorno ai 50\55 anni, possiamo dire che ci troviamo a ridosso di un numero di persone in notevole aumento e che se avrà risparmiato qualcosa nel corso della vita forse avrà di che vivere, altrimenti sarà la prima vera generazione di nuovi poveri senza alcuna tutela. Il punto è che essere riusciti a risparmiare, per questa generazione, sarà stato quantomeno poco probabile visto che le condizioni di precarietà non permettono affatto il ricorso al risparmio. Anche Tito Boeri (Presidente dell'INPS) richiama questa fascia generazionale come la prima su cui "avviare" una misura di reddito minimo garantito. Se questa misura non sarà introdotta a questa "prima generazione" di precari verrà richiesta una disponibilità al lavoro permanente e per un lavoro qualsiasi (per pura sopravvivenza) anche in età avanzata.

Ma c'è di più. Ad un certo punto, ci troveremo a fare i conti anche con un altro elemento, cioè la fine del così detto welfare familistico, tipico del nostro paese, e cioè al fatto che il gravame della mancanza di tutele sociali sia stato di fatto demandato nel corso del tempo, ad una redistribuzione economica intra-familiare. Il ritardo accumulato dal nostro paese nell'avviare strumenti di reddito minimo garantito universali, e la delega alla famiglia di occuparsi delle difficoltà economiche, dimostra di nuovo come il rischio povertà possa ampliarsi costantemente. Per intenderci, quel risparmio accumulato nei precedenti anni, in particolare dalle generazioni dal dopoguerra in poi, sarà definitivamente eroso, e la redistribuzione intra-familiare subirà una crisi senza precedenti. Figli e nipoti non potranno più contare su quel minimo indispensabile "donato" dai familiari più anziani quando i tempi si fanno duri e viceversa gli stessi figli e nipoti (precari o *neet* che siano) non saranno in grado di sostenere i familiari più anziani. I precari di prima generazione (50\55 anni oggi) non avranno più aiuti dalla famiglia di origine perché non vi saranno più i componenti di quella famiglia, allo stesso tempo gli stessi non saranno in grado di sostenere i propri figli e questi ultimi (precari di future generazioni) non potranno sostenere i loro genitori (oggi over 55). Ed ancora, le mutazioni della composizione della famiglia italiana avvenute in questi anni, rendono già oggi difficile il mantenimento della catena solidaristica familiare. Il rischio di ritrovarsi di fronte ad una "folla solitaria" di nuovi poveri è già oggi presente e dove non presente è in allestimento: pensionati o anziani di oggi, i precari di prima generazione (quelli che oggi hanno tra i 45\55 anni), i precari di seconda generazione (quelli tra i 25\45 anni), la generazione *neet* (tra i 14\25 anni), le donne con figli, le famiglie con almeno due figli ed uno stipendio, i disabili, gli invalidi da lavoro, i detenuti o ex detenuti, gli immigrati, le figure operaie ormai in dismissione, gli informatici non più spendibili sul mercato perché con competenze ormai arretrate etc. stanno alimentando l'esercito dei senza diritti e rischiano di rendere veritieri gli allarmi lanciati da Eurostat nel 2005.

Il punto è, come si intenderà governare questo rischio di generalizzazione della povertà? Lascieremo che si creino nuove "enclave" di ceti permanentemente dentro la sfera della povertà? Governeremo queste *enclave* con la sola forza dell'ordine? Vi saranno permanenti guerre tra poveri? Con ghetti sempre più grandi ai bordi delle grandi metropoli? Oppure al contrario vi sarà la lungimiranza di definire nuovi diritti per costruire un nuovo senso di cittadinanza?

Il tema dunque rimane: che vi sia la necessità di individuare una misura come il reddito minimo garantito è ormai ben diffusa convinzione, comprendere quale tipo di reddito garantito comporta uno sforzo in più. Le indicazioni che sono arrivate dalle due campagne sociali promosse da centinaia di associazioni, il dibattito internazionale così come gli studi e la letteratura in merito hanno dato il loro ricco contributo, la proposta di un nuovo diritto sociale ed economico (ancor più nell'era della finanziarizzazione dell'economia) trova sempre nuovi consensi, quello che manca è incamminarsi verso esperienze fondative, sentieri praticabili, percorsi possibili per arrivare, a partire da un reddito minimo garantito come diritto di dignità, ad un reddito di base incondizionato come garanzia di libertà.

SI può pensare di attendere ancora, ma le alternative a questa proposta sono sempre di meno.

26 Guy Standing, *The Precariat the new dangerous class*, Bloomsbury 2011

27 Solo in Italia, nel 2014, si contavano 4 milioni di working poor. Senza calcolare il numero di quelli che sono i così detti "lavoratori in nero".

28 Come ben descritto nel libro di Robert Castel, *L'insicurezza sociale, che significa essere protetti?*, Piccola Biblioteca Einaudi 2011

29 Sempre più spesso sono in molti a dire che vi è un maggior accesso alle mense per i poveri in cui si incontrano persone che sono al lavoro o fino a qualche tempo prima erano al lavoro. E queste includono persone di ogni età, sesso, nazionalità e religione che sia.

30 Una "carta acquisti" di poche decine di euro destinata agli "estremamenti poveri" da usare in negozi convenzionati!

31 Nel 2013 con l'adozione del Decreto 10 gennaio 2013 del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha preso il via la sperimentazione di una nuova social card sperimentale di lotta alla povertà con la partecipazione diretta dei beneficiari in 12 città italiane con più di 250mila abitanti con un impegno economico di soli 50 milioni di euro.

32 Una proposta che arriva dall'Alleanza contro la povertà e che somiglia in buona parte al SIA con l'introduzione però di un concetto come la "cittadinanza attiva" e cioè con l'obbligo dei beneficiari a svolgere qualsiasi mansione richiesta in particolare dagli enti locali o dal mondo del terzo settore e delle cooperative sociali.

33 La memoria ISTAT al Senato per un reddito minimo garantito in Italia presentata in audizione alla Commissione Lavoro al Senato il 11 giugno 2015 in occasione della discussione sulle proposte di legge del reddito minimo garantito. Il documento ISTAT si può trovare sul sito www.bin-italia.org.

34 Presidente del BIN Italia

35 Luca Santini e Sandro Gobetti *La necessità dell'alternativa: il precario della crisi ed il reddito garantito*, su "Reddito per tutti, un'utopia concreta nell'era globale" Manifesto Libri, Roma, 2009.

36 Eurostat 3 ottobre 2005

L'ospedalizzazione degli anziani in Italia: disparità territoriali e di genere

di **Velia Bartoli** | 25 Aprile 2016 | In: [Quaderno n.27 / 2016](#)

Note introduttive

Secondo le stime dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), nel 2014, il numero di persone con 65 anni o più ammontava a circa 13 milioni (il 21,4 % della popolazione italiana).

Le cause della progressiva senescenza della popolazione sono sostanzialmente riconducibili a un duplice ordine di fattori: anzitutto l'insufficiente livello della natalità, nonché, secondariamente, l'allungamento della durata media della vita.

Se la longevità, in buona misura determinata dai progressi in campo culturale e igienico-sanitario, è di per sé un evidente fattore positivo, l'invecchiamento demografico costituisce tuttavia una sua conseguenza inevitabile, che pone i ben noti e gravi problemi principalmente rappresentati dai forti costi in termini sociali e assistenziali (Bartoli, Palombo, Salvatore, 2013).

Dai dati del Rapporto Annuale del Ministero della Salute, si evince che nel 2000 la popolazione anziana determinava il 37% dei ricoveri ospedalieri "per acuti"¹. Considerando i dati delle dimissioni ospedaliere relativi al 2014, queste percentuali sono aumentate in misura considerevole, così da raggiungere all'incirca il 42%.

Le conseguenze sociali e sanitarie, legate ad una presenza sempre più consistente di anziani, richiedono attente analisi del fenomeno e delle trasformazioni che esso induce nei bisogni e quindi sulla domanda e sull'offerta dei servizi, al fine di disporre interventi tempestivi ed efficaci, sia pure nell'ambito delle ben note recenti politiche di razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica e di quella sanitaria in particolare.

Contenuto della ricerca e fonti dei dati presentati

In questo lavoro viene effettuata un'analisi delle principali caratteristiche del ricorso ai servizi ospedalieri della popolazione anziana, esaminando il fenomeno attraverso lo studio di una serie di indicatori specificati per sesso, classi di età e tipologia della causa del ricovero. Le fonti informative utilizzate per l'elaborazione degli indicatori qui presentati sono le schede di "dimissione ospedaliera" (Ministero della

Salute, 2000-2015), che forniscono le informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati su tutto il territorio nazionale. Inoltre, quale popolazione di riferimento si è considerata quella fornita dalle rilevazioni Istat in materia di "popolazione residente" (Istat, 2000-2015). Il fenomeno è stato esaminato in corrispondenza agli anni 2000 e 2014, sia su scala nazionale che regionale.

I Principali risultati

Prima di esaminare gli aspetti specifici della morbosità ospedaliera degli anziani è opportuno considerare taluni dati di carattere generale, quali quelli riportati nella tavola 1, riguardanti i valori di alcuni tassi di ospedalizzazione italiani.

Detto indicatore fornisce una misura sintetica circa la "propensione" al ricovero ospedaliero della popolazione allo studio: esso viene ottenuto come rapporto (riportato a 1000) tra il numero annuale dei dimessi dagli istituti di cura di un certo ambito territoriale e il corrispondente ammontare della popolazione che vi risiede. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, cioè sia per il ricovero ordinario che per quello diurno, comprensivo del day hospital; pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli spostamenti della casistica trattata da un setting assistenziale all'altro, ottenendo in tal modo indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle sue modificazioni.

Tavola 1 – Tassi di ospedalizzazione (per 1000 residenti) per classe d'età e sesso. Ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno.

Regime ordinario				Regime diurno			
da 65 a 74 anni		75 anni e oltre		da 65 a 74 anni		75 anni e oltre	
F	M	F	M	F	M	F	M
2000							
230,9	342,6	363,1	508,6	65,4	88,7	57,4	90,9
2005							
196,2	292,8	306,5	435,0	100,1	127,7	84,3	127,4
2010							
161,8	241,9	271,1	381,1	70,53	93,9	53,7	90,7
2014							
138,1	205,5	239,5	332,7	46,8	63,7	33,7	60,3
Variaz. % 2000-2014							
- 40,2	- 40,1	- 34,0	- 34,6	- 28,4	- 28,2	- 41,3	- 33,7

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati del Ministero della Salute e dell'Istat.

Esaminando i valori degli indicatori di ospedalizzazione (tassi per 1000 residenti) contenuti nella tavola 1, si nota che il valore più elevato è riferito al ricoveri per acuti in regime ordinario per entrambi i sessi, seguito a notevole distanza dal valore dell'indicatore in regime diurno. Inoltre i tassi di ospedalizzazione della popolazione maschile sono sempre superiori a quelli femminili: rispettivamente, al 2014 risultano pari a 205,5 e 332,7 per 1000 per il sesso maschile nelle due classi di età considerate, cui fanno riscontro quelli notevolmente più bassi, nell'ordine 138,1 e 239,5 per il sesso femminile. Si osserva d'altro canto che, nelle età anziane, il ricorso ospedaliero della popolazione maschile, in regime ordinario, è risultato di circa il 35 % superiore rispetto a quello femminile. L'analisi del trend mette chiaramente in evidenza una costante e generale riduzione dei tassi di ospedalizzazione: difatti, rispetto al 2000, il valore più recente dell'indicatore, in regime ordinario e per entrambi i sessi, ha subito una diminuzione all'incirca del 40 %. Questo processo di deospedalizzazione è stato più forte con riguardo ai pazienti in età da 65 a 74 anni. La spiegazione dai ricoveri in degenza ordinaria a quelli in day hospital negli anni più recenti trova in parte spiegazione nell'attuale tendenza a trasferire alcuni interventi chirurgici, quali ad esempio la cataratta oculistica e il "tunnel carpale", dall'ospedale all'ambulatorio (Lega, Mauri, Prenestini, 2010). Si nota pure, in relazione al regime diurno, che la contrazione più forte (circa il 41%) è da attribuire ai pazienti ultra-settantacinquenni di sesso femminile. E' anche importante rimarcare come il recente sensibile calo degli indici di propensione al ricovero ospedaliero nel nostro Paese possa in buona misura essere attribuito al processo di "deospedalizzazione" avviato con la riforma sanitaria del 1992, che ha comportato una riorganizzazione e una razionalizzazione del sistema sanitario (Clerico G., 2015). Per approfondire lo studio della morbosità ospedaliera è anche opportuno considerare i dati relativi alla durata della degenza (tavola 2), precisando che la degenza media è fornita dal rapporto tra il numero complessivo delle giornate di degenza nell'anno di riferimento e quello dei ricoveri riscontrati nell'anno stesso.

Tavola 2 – Degenza media annuale (giorni) per classe d'età e sesso. Ricovero per acuti in regime ordinario. Italia

2000		2005		2010		2014		Variaz. % 2000-2014		Variaz. % 2000-2014	
da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre	da 65 a 74 anni	75 anni e oltre
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
8,7	8,5	9,6	9,2	8,0	7,9	9,3	8,8	7,8	7,7	9,4	8,8
								7,6	7,7	9,1	8,7
								-12,6	-9,4	-5,2	-5,4

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati del Ministero della Salute e dell'Istat.

Tavola 3 – Tassi di ospedalizzazione (per 1000 residenti) per classe di età e sesso. Ricoveri per acuti in regime ordinario e diurno. Italia, anno 2014

REGIONE DI RESIDENZA	Ricoveri per acuti in regime ordinario				Ricoveri per acuti in regime diurno			
	Da 65 a 74 anni		75 anni e oltre		Da 65 a 74 anni		75 anni e oltre	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	124,1	190,9	200,8	294,0	45,7	57,1	36,6	60,5
Valle d'Aosta	162,6	244,4	289,9	409,9	98,1	126,1	117,8	139,5
Lombardia	135,1	209,5	233,5	341,6	21,8	37,7	16,9	37,2
P.A. Bolzano	172,9	241,8	356,4	442,6	39,7	58,3	32,1	56,0
P.A. Trento	137,9	204,5	264,5	359,2	77,6	93,0	53,7	87,9
Veneto	121,7	181,6	250,9	333,8	38,8	52,5	25,9	53,6
Friuli V.G.	135,4	197,6	267,6	355,4	40,3	50,0	24,9	45,9
Liguria	122,3	182,3	229,5	310,6	65,8	81,3	44,9	73,6
Emilia Romagna	137,9	199,2	261,1	353,8	50,9	63,5	33,9	60,4
Toscana	129,3	185,7	248,9	329,1	40,8	50,5	25,3	44,7
Umbria	150,2	219,7	266,4	362,1	35,6	49,5	26,7	48,1
Marche	131,6	197,5	229,1	326,6	48,8	61,2	34,6	65,1
Lazio	133,7	192,1	232,6	314,9	57,0	76,5	40,1	72,9
Abruzzo	145,4	209,7	249,7	337,2	56,3	69,8	42,4	66,8
Molise	156,8	236,1	230,7	337,9	83,6	110,9	71,4	116,7
Campania	164,8	250,8	247,1	350,7	98,8	137,6	78,2	127,8
Puglia	163,8	237,7	257,6	368,9	39,4	51,9	26,0	46,4
Basilicata	142,1	203,4	227,1	328,1	47,2	58,3	36,2	57,4
Calabria	136,3	207,0	205,1	288,5	44,3	67,4	29,3	54,7
Sicilia	137,2	205,8	217,6	303,8	32,5	48,4	21,3	41,4
Sardegna	145,4	205,8	272,9	359,4	60,0	87,1	53,2	92,4
ITALIA	138,1	205,5	239,5	332,7	46,8	63,7	33,7	60,3

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati del Ministero della Salute.

Dal 2000 al 2014, la degenza media per infermità acute, a livello nazionale, si mantiene quasi costante, con durate intorno agli 8-9 giorni, con una contrazione massima (12% circa) per il sesso femminile, nella classe di età da 65 a 74 anni. Il raffronto tra i sessi evidenzia che la degenza media delle donne è generalmente più prolungata, in tutti gli anni esaminati, rispetto a quella degli uomini, riscontrandosi inoltre differenze più marcate in relazione alle età oltre i 75 anni. Ulteriori elementi da prendere in esame per meglio valutare le dinamiche dell'utilizzo ospedaliero da parte degli anziani vengono forniti dai dati regionali, riguardanti il solo anno 2014, contenuti nella tavola 3. I tassi di ospedalizzazione per ricovero ordinario variano tra il valore massimo riguardante la Valle d'Aosta (in particolare la P. A. di Bolzano) e i maschi nelle età più elevate (442,6 per 1.000), e quello minimo del Veneto (121,7) riferito alle femmine nella classe da 65 a 74 anni. Analizzando la situazione del ricovero in regime diurno su scala regionale, i valori più alti si registrano per il sesso maschile nella classe di età 75 e oltre, in Valle d'Aosta (139,5 per 1000), in Campania (127,8) e in Molise (116,7). Valori elevati dell'indicatore competono alle regioni suddette anche con riguardo al sesso femminile della classe di età da 65 a 74 anni. L'analisi territoriale segnala inoltre, per entrambi i sessi, livelli minimi degli indici riguardanti il regime diurno della Lombardia, del Veneto e della Sicilia. La considerevole variabilità degli indicatori regionali potrebbe essere spiegata dalla diversa organizzazione, tra una regione e l'altra, della rete ospedaliera e dell'offerta degli svariati servizi sanitari. Inoltre, nelle valutazioni va tenuto anche in considerazione il fatto che le disparità geografiche dei tassi non sono spiegabili soltanto sulla base della prevalenza e incidenza delle patologie nelle diverse aree, ma possono dipendere dalle circostanze contingenti, dalle modalità e abitudini di ricovero nonché dai percorsi di accesso alle strutture sanitarie interessate.

Tavola 4 – Dimissioni ospedaliere per acuti in regime ordinario e diurno, per classe di età, sesso e diagnosi principale. Valori percentuali. Italia, anno 2014

DIAGNOSI PRINCIPALE	Classi di età					
	Femmine			Maschi		
	60-69	70-79	80 e oltre	60-69	70-79	80 e oltre
Tumori	15,43	13,09	8,98	16,10	16,52	13,25
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	2,82	2,28	2,64	1,94	1,57	1,83
Disturbi mentali	1,70	1,13	0,96	1,03	0,63	0,71
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	7,04	8,05	4,90	5,78	6,21	4,53
Malattie del sistema circolatorio	13,53	20,37	29,09	21,16	24,31	28,05
Malattie dell'apparato respiratorio	4,54	6,27	11,72	5,86	8,16	14,03
Malattie dell'apparato digerente	9,45	9,17	8,90	12,60	10,86	9,39
Malattie dell'apparato genitourinario	8,30	6,03	4,66	8,71	8,09	7,04
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	13,99	11,01	3,38	6,94	4,85	1,99
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	2,91	3,23	3,96	3,29	3,34	3,88
Traumatismi e avvelenamenti	7,01	8,80	13,43	4,96	4,76	7,16
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie	9,96	7,00	2,63	5,51	7,56	4,03
Altre patologie	3,32	3,57	4,75	6,12	3,14	4,11
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati del Ministero della Salute e dell'Istat.

La tavola 4 che segue evidenzia la distribuzione percentuale delle principali cause del ricorso all'ospedalizzazione, sia in regime ordinario che diurno, per classe di età, sesso e "diagnosi principale". L'esame delle differenti forme morbose, mostra come la frequenza di alcune patologie aumenta in misura sensibile al crescere dell'età, mentre ciò non si riscontra in relazione ad altre forme morbose. Tra le malattie di natura cronic-degenerativa, si osserva una crescita, nelle età più avanzate, soprattutto per le patologie del sistema circolatorio (si noti che, nell'ultima classe di età, esse presentano percentuali, rispettivamente, del 29,09 per le femmine e del 28,05 per i maschi). D'altro canto, aumentano d'importanza al crescere dell'età, con riguardo ad entrambi i sessi, anche le patologie causate da traumatismi e avvelenamenti, nonché le malattie dell'apparato respiratorio. Si osservano, al contrario, sensibili decrementi soprattutto in relazione alle malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo, per quelle dell'apparato digerente e per i tumori, i cui valori femminili passano dal 15,43% nelle età 60-69 all'8,98% nella classe di età estrema. In definitiva, esaminando gli indicatori sopra presentati si osserva con chiara evidenza che la tendenza al ricorso alle cure ospedaliere risulta nettamente più marcata in relazione alla popolazione maschile rispetto a quella femminile. Notevoli differenze si osservano inoltre all'interno della categoria degli ultra-settantacinquenni, stante che all'aumentare dell'età consegue un'accentuazione del ritmo di crescita dell'ospedalizzazione.

Velia Bartoli: Ricercatore di Statistica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia e Comunicazione dell'Università "La Sapienza" di Roma.

1 Si precisa che sono considerati ricoveri "acuti", in conformità alla definizione adottata a livello ministeriale, i casi di competenza da reparti diversi dalle unità di recupero e riabilitazione funzionale e lungodegenza.

Considerazioni conclusive

Passando ad esporre riflessioni di carattere generale, è in primo luogo da far presente che un'adeguata riorganizzazione degli istituti di cura italiani dovrà affrontare in modo prioritario le modalità di trattamento dei pazienti anziani, e dunque particolarmente cagionevoli, considerando di importanza peculiare la specificità e la sussidiarietà delle strutture e dei servizi sanitari ad essi destinati (Del Vecchio, Jommi, 2004). In effetti, è da rimarcare che, nonostante la tendenza a rafforzare i servizi per le persone in età avanzata che agiscono nel territorio, il nodo centrale degli interventi sanitari che le riguardano è ancora oggi rappresentato dall'ospedale. Nella maggior parte dei casi, la necessità di formulare un piano di assistenza continuativa individuale si evidenzia in occasione di un evento acuto, che può essere o una nuova patologia o uno scompenso di origine medica o meno. La risposta tradizionale ad entrambe le suddette vicissitudini è comunque il ricovero ospedaliero, anche se in molti casi appare chiaro che tale risposta risulta inadeguata, e talora conduce ad un uso improprio delle risorse.

D'altro canto, sembra innegabile che l'ospedale "per acuti", soprattutto quando ha un'impronta geriatrica, può senz'altro contribuire a risolvere efficacemente i problemi medici nella gran parte dei casi. Tuttavia, è da dire che soltanto raramente alla dimissione il paziente anziano ha ottenuto una completa restitutio ad integrum, sicché il soggetto ed i suoi familiari si trovano di fronte all'esigenza di una prosecuzione della cura e di una pianificazione dell'assistenza, spesso gravosa e continuativa nel tempo.

Per affrontare la spinosa questione dell'invecchiamento demografico, è dunque necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sanitario e assistenziale si adegui progressivamente ai mutamenti in corso e alle esigenze che via via si manifestano, evitando, per quanto possibile, i ricoveri ospedalieri e prediligendo interventi alternativi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione e, più in generale, al sostegno economico e sociale dell'anziano e della sua famiglia. Occorre tener conto, del resto, che diminuire il numero delle ospedalizzazioni non soltanto comporterebbe un'attenuazione del disagio degli anziani, ma pure produrrebbe un non trascurabile risparmio economico nella gestione delle strutture pubbliche, che incide in misura considerevole sulla spesa sanitaria complessiva.

Una delle possibili risposte alle esigenze cui sopra si è fatto cenno è rappresentata da una rete integrata di servizi socio-sanitari in cui operino diverse figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, ecc.) al fine di inserire l'anziano, nella sua "unicità", in un programma di intervento personalizzato, verificandone l'efficacia in modo continuativo, nonché adattandolo all'evolversi della situazione (Galluzzo, Gandin, Ghirini, Scafato, 2012).

In quest'ottica, appare quanto mai importante predisporre sul territorio, per quanto possibile, strutture e servizi sanitari quali reparti geriatrici ospedalieri, residenze sanitarie assistenziali, day hospital, case di riposo, assistenze e ospedalizzazioni domiciliari integrate, centri per anziani protetti, servizi sociali mirati, nonché le svariate forme di volontariato (Zanetti, 2009). E' poi appena da aggiungere che è parimenti importante che gli anziani e i loro familiari vengano correttamente informati circa l'effettiva esistenza di strutture e servizi come quelli sopra elencati e le concrete possibilità di usufruirne.

In conclusione, non sembra superfluo ribadire che una rete integrata di opportunità assistenziali destinate agli anziani, ispirata a criteri razionali non solo sul piano medico-sanitario ma anche su quello economico nonché su quello, in certo senso, "etico", può garantire che le non ingenti risorse disponibili siano impiegate in maniera adeguata ed efficace, cioè tale, in definitiva, da assicurare alle persone in età avanzata il mantenimento di un'apprezzabile serenità esistenziale e di un sufficiente benessere fisico e intellettuale (Mellone, 2008).

Bibliografia

Bartoli L., Bartoli V., Palombo L., Salvatore R., "L'evoluzione di lungo periodo dell'età soglia di vecchiaia e dei conseguenti livelli di invecchiamento demografico in Italia". Atti della XLIX riunione scientifica della Società di Economia, Demografia e Statistica, "Mobilità e sviluppo: il ruolo del turismo", San Benedetto del Tronto (Ap), 2013

Clerico G., La governance della sanità pubblica: la coesistenza fra efficienza e qualità, Giuffrè, Milano, 2015

Del Vecchio M., Jommi C., "I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel servizio sanitario nazionale", in Mecosan n.49, 2004

Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Scafato E., "L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?" Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2012

Istat, Annuario statistico italiano, anni 2000-2015

Lega F, Mauri M, Prenestini A., L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano, Egea, Milano, 2010

Mellone V., "Invecchiare. Le età della vita", Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Rapporto di ricerca IRES Veneto, 2008

Ministero della Salute, Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, Roma, anni 2000-2015

Zanetti E., "Anziani in ospedale: complessità e continuità dell'assistenza", Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Tempo di Nursing, Collegio IP.AS.VI, Brescia, 2009

Gli incidenti in ambiente domestico in Italia: il particolare rischio per la popolazione anziana

di **Velia Bartoli** | 13 Novembre 2016 | In: **Quaderno n.27 / 2016**

Considerazioni generali

Nel nostro Paese, così come negli altri Paesi sviluppati, gli incidenti tra le mura domestiche rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza per le ricadute sulla salute e il benessere delle persone. Non è poi da sottovalutare l'aspetto sociale e psicologico sulle persone, soprattutto anziane, che considerano la casa il luogo sicuro per eccellenza.

Il fenomeno degli incidenti domestici e la presenza di rischi e pericoli contrasta con l'idea diffusa che la propria abitazione sia in qualche modo il luogo più sicuro dove stare. Da tale convinzione scaturiscono le difficoltà a percepire i pericoli presenti. A ciò si aggiunge la possibilità che l'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani, soprattutto nelle persone anziane, determinino una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni abitative intrinseche che non rispettano gli standard di sicurezza.

Con il termine "incidenti domestici" si indicano quegli eventi che accadono accidentalmente in casa e nelle sue pertinenze (balcone, giardino, garage, cantina, scala, eccetera) comportando il ricorso a cure mediche e la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona (nei casi più gravi anche la morte) a causa di lesioni di vario tipo.

All'origine degli incidenti domestici si indicano, in generale, molteplici fattori:

- l'aumento della popolazione nelle fasce cosiddette "a rischio", in particolare anziani e donne, determinato dall'invecchiamento della popolazione e dall'allungamento delle aspettative di vita;
- caratteristiche strutturali dell'abitazione (componente statico-abitativa, per esempio scale, pavimenti e arredamento);
- la progressiva estraneità dell'ambiente domestico, prodotta dal fatto che da un lato la casa italiana gradualmente si svuota dei suoi soggetti tradizionali (ad esempio le casalinghe) e dall'altro si riempie di figure nuove (colf, badanti, affittuari, ecc.);
- utilizzo improprio di apparecchiature e utensili, scarsa percezione dei rischi, sottovalutazione dei pericoli;
- condizioni di salute compromessa (disabilità, patologie croniche);
- rischi non facilmente individuabili, ma che risultano presenti all'interno di un'abitazione o che sono parte integrante degli stili e delle abitudini di vita (per esempio presenza di piante ornamentali tossiche, detersivi, cosmetici, medicinali, uso di farmaci, abuso di alcol).

Questi infortuni non sono facilmente stimabili da un punto di vista statistico, ma risultano rilevanti a livello sanitario ed economico. Gli effetti sulla salute, infatti, sono traumi di diversa gravità che possono comportare invalidità e, in non pochi casi, anche la morte. Inoltre le conseguenze economiche provocano oneri sempre più gravi per il servizio sanitario nazionale. Infine, i dati infortunistici sono di difficile rilevazione in quanto questi tipi di eventi vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità.

Fonte dei dati presentati e finalità della ricerca

In Italia, per molto tempo, la documentazione statistico-epidemiologica disponibile in materia di infortuni domestici ha risentito della frammentarietà delle fonti utilizzate e della qualità dei dati da esse desumibili, spesso difficilmente interpretabili e comparabili tra loro, per la commistione con elementi che nulla avevano a che fare con gli infortuni domestici e per la disomogeneità dei metodi utilizzati per la raccolta di dati.

Attualmente le fonti statistiche ufficiali, disponibili a livello nazionale, sul fenomeno degli incidenti domestici sono costituite dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), dall'indagine ISTAT sulle cause di morte, dall'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana».

Il flusso informativo delle SDO permette un'analisi dei traumatismi da incidenti domestici, ma presenta delle criticità relative alla qualità della compilazione in quanto non sempre la causa esterna (infortunio in ambiente domestico) è indicata. Inoltre questa fonte è relativa ai soli eventi che hanno comportato un ricovero ospedaliero ed esclude i casi che pur hanno dato luogo al ricorso al pronto soccorso. L'indagine sulle cause di morte sconta una sottostima dei casi reali a causa della frequente mancanza dell'indicazione da parte del medico del luogo dell'incidente, anche se tiene conto dei decessi per cause violente identificati come incidenti in ambiente domestico.

L'Indagine Multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana» è un'indagine campionaria sulle famiglie che dal 1998 fornisce una stima della popolazione coinvolta in incidenti domestici, nei tre mesi precedenti l'intervista, e del numero di eventi verificatosi.

In questo lavoro il fenomeno dell'infortunio domestico è stato quantificato mediante "quozienti di rischio", espressi dal rapporto tra il numero degli incidenti (moltiplicato per 1000) e la popolazione di riferimento. Per quel che riguarda le statistiche di base, si è fatto ricorso sistematico ai dati dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'ISTAT negli anni 1998, 2006 e 2014, mentre quale popolazione di riferimento è stata considerata quella delle rilevazioni ISTAT in materia di "popolazione residente".

Descrizione dei principali risultati

In Italia, secondo l'Indagine Multiscopo ISTAT del 2014, l'11,3‰ delle persone interrogate ha dichiarato di aver subito almeno in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Nel complesso, si sono verificati 783mila incidenti (tabella 1), con una media di 1,1 incidenti per persona colpita. Su questa base viene stimato che, nell'arco dei 12 mesi del 2014, il fenomeno abbia coinvolto ben 2 milioni 800 mila persone. Il rischio è chiaramente connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie più colpite.

Tavola 1 – Numero di incidenti domestici occorsi nei tre mesi precedenti

l'intervista, per sesso e classe di età degli intervistati. Anno 2014

CLASSI DI ETÀ	N° (migliaia)	Valori percentuali	Media per infortunato
		Maschi	
0-24	51	54,3	1,1
25-64	107	26,4	1,1
65 e più	74	26,1	1,2
Totale	232	29,6	1,1
		Femmine	
0-24	43	45,7	1,1
25-64	299	73,6	1,2
65 e più	209	73,9	1,2

Totale	551	70,4	1,1
		Totale	
0-24	94	100,0	1,1
25-64	406	100,0	1,1
65 e più	283	100,0	1,2
Totale	783	100,0	1,1

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tavola 2 – Persone che nei tre mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico. Quozienti per 1000 abitanti per regione. Anni 1998, 2006 e 2014

	Quozienti			
REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	1998	2006	2014	Variaz. % 1998-2014
Piemonte	9,6	14,3	10,5	9,4
Valle d'Aosta	11,9	16,5	10,1	-15,1
Lombardia	10,8	12,3	8,8	-18,5
Trentino-Alto Adige	13,9	17,0	10,3	-25,9
<i>Bolzano – Bozen</i>	<i>10,1</i>	<i>13,5</i>	<i>10,4</i>	<i>3,0</i>
<i>Trento</i>	<i>17,6</i>	<i>20,4</i>	<i>10,2</i>	<i>-42,0</i>
Veneto	14,1	13,2	16,4	16,3
Friuli-Venezia Giulia	9,6	13,9	18,7	94,8
Liguria	9,3	9,3	11,7	25,8
Emilia-Romagna	13,4	19,2	14,7	9,7
Toscana	17,4	12,5	14,9	-14,4
Umbria	17,0	7,4	16,9	-0,6

Marche	21,2	15,2	11,5	-45,8
Lazio	14,1	20,3	3,5	-75,2
Abruzzo	13,0	10,1	14,5	11,5
Molise	15,9	15,5	8,1	-49,1
Campania	13,4	9,1	12,1	-9,7
Puglia	17,1	8,2	11,5	-32,8
Basilicata	18,1	9,8	8,3	-54,1
Calabria	21,5	14,1	14,1	-34,4
Sicilia	16,8	18,4	10,1	-39,9
Sardegna	34,8	11,1	12,8	-63,2
Nord-ovest	10,3	12,5	9,5	-7,8
Nord-est	13,3	15,9	15,4	15,8
Centro	16,3	16,1	9,1	-44,2
Sud	15,9	9,8	12,2	-23,3
Isole	21,2	16,6	10,8	-49,1
Italia	14,7	13,7	11,3	-23,1

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Sul numero complessivo di infortuni domestici rilevati nell'anno 2014 nel trimestre considerato, il 70,4% ha come vittima una donna (tavola 1), con un numero di incidenti più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551mila infortuni subiti da donne contro 232mila degli uomini), in particolare le donne di 65 anni e più sono la categoria più a rischio: 73,9% sul totale degli infortuni, rispetto al 26,1% degli uomini nella stessa classe di età.

Passando ad analizzare le disparità regionali tra i tassi di infortunio domestico nel 2014 (tavola 2), si osserva che i valori superiori a quelli nazionali (11,3 per 1.000 abitanti), interessano le aree del Nord-est e del Sud. Tra le regioni del Centro-nord i tassi più elevati si sono riscontrati nel Friuli-Venezia Giulia (18,7), in Umbria (16,9) e nel Veneto (16,4). Nel Sud Italia, i valori più alti dell'indicatore sono stati registrati in Calabria e in Campania (rispettivamente 14,1 e 12,1). Tassi particolarmente contenuti (inferiori al 9 per 1.000) si sono invece rilevati nel Lazio (3,5) e in Molise (8,1).

L'analisi dell'andamento temporale mostra una diminuzione statisticamente significativa degli infortuni domestici italiani, con una riduzione del quoziente tra il 1998 e il 2014 del 23,1%; ciò con l'eccezione di alcune regioni settentrionali del Nord (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Veneto, Piemonte).

Dall'esame dei tassi specifici per sesso ed età contenuti nella tavola 3, si deduce che le categorie di persone più colpite sono quelle femminili (15,4 per 1000 contro 7,1 per gli uomini), nonché quelle degli anziani e dei bambini. In particolare nelle età più giovanili (fino a 14 anni) gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre le donne sono coinvolte più degli uomini nelle età successive: ciò sia per una più prolungata permanenza fra le mura domestiche, sia per un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono causare infortuni (tagli, ustioni, folgorazioni, ecc.).

Inoltre, com'era da attendersi, il maggior rischio di infortuni riguarda gli ultraottantenni. Pure si riscontra che in questa categoria si amplifica ulteriormente la differenza tra i generi: si osserva infatti un valore pari al 33,3‰ per le donne, cui si contrappone il 20,2‰ degli uomini.

Il dato disaggregato per sesso e classe di età evidenzia, inoltre, un tasso sempre elevato nella classe 75-79 anni (16,3‰) dei maschi, cui fa riscontro quello notevolmente più alto (32,2‰), per le donne nella stessa fascia di età.

Se poi si fa riferimento all'andamento temporale dei quozienti, si ottiene immediata conferma della decisa e generalizzata diminuzione – nel sia pur breve periodo esaminato – del rischio di infortunio che, come sopra già evidenziato, ha interessato tutte le classi di età, fatta eccezione per gli *over 75*. In particolare, si registra un aumento del fenomeno (rispettivamente 12,2% e 13,7%), per le donne nelle classi di età 75-79 e 80 e più, nonché per gli uomini (12,4%) nella classe di età 75-79.

Fermo restando che l'entità del rischio è direttamente correlata alla quantità di tempo trascorsa tra le mura domestiche, si teorizza inoltre l'attribuzione degli incidenti domestici e della loro gravità al mutamento della natura dei legami sociali e alle deficienze assistenziali, oltre che alle carenze strutturali delle abitazioni ed alla scarsa sensibilizzazione delle persone circa i rischi presenti nell'ambiente domestico.

Tavola 3 – Persone che nei tre mesi precedenti l'intervista

hanno subito incidenti in ambiente domestico.

Quozienti per 1000 abitanti. Anni 1998, 2006 e 2014

CLASSI DI ETÀ	Quozienti			Variaz. % 1998 – 2014
	1998	2006	2014	
MASCHI				
0-5	20,3	22,9	10,1	-50,2
6-14	7,8	7,7	5,5	-29,5
15-24	4,9	6,5	5,0	2,0
25-34	5,4	5,9	7,2	33,3
35-44	7,7	8,9	3,4	-55,8
45-54	13,0	7,5	8,3	-36,2
55-64	6,1	12,3	5,6	-8,2

65-69	5,7	8,8	5,6	-1,8
70-74	11,1	15,5	5,7	-48,6
75-79	14,5	17,6	16,3	12,4
80 e più	22,0	18,5	20,2	-8,2
Totale	8,8	10,1	7,1	-19,3
FEMMINE				
0-5	13,4	9,1	8,6	-35,8
6-14	6,9	4,2	4,9	-28,9
15-24	12,1	11,2	4,9	-59,5
25-34	19,4	11,5	10,6	-45,4
35-44	21,7	14,6	10,7	-50,7
45-54	24,4	20,7	17,3	-29,1
55-64	21,6	18,9	22,6	4,6
65-69	29,4	22,6	10,9	-62,9
70-74	25,7	19,6	22,1	-14,0
75-79	28,7	26,6	32,2	12,2
80 e più	29,3	42,2	33,3	13,7
Totale	20,2	17,0	15,4	-23,8

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Sarebbe, in definitiva, quanto mai necessario continuare a sviluppare politiche di prevenzione, attraverso la promozione e la diffusione di linee guida e l'effettuazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza.

Per quanto infine riguarda la tipologia degli incidenti, in base ai dati ISTAT (tavola 4) le "cadute" risultano l'infortunio più frequente; esse infatti ricorrono, da sole o in combinazione con altre dinamiche incidentali, nel 56,9% dei casi per le donne e nel 44,1% per gli uomini. L'incidenza delle "ferite" è invece più alta per gli uomini (27,1% contro 15,9 delle donne), mentre le "ustioni" sono più frequenti per le donne (15,5% e 6,4% degli uomini). Le differenze di genere appaiono meno marcate nel caso di "urto o schiacciamento" (16,8% per gli uomini e 11,1% per le donne) e per altre più rare tipologie di incidenti.

Oltre al sesso degli esposti al rischio, anche la loro età influenza sensibilmente la tipologia degli infortuni. Le "cadute" interessano soprattutto le persone anziane: tra le vittime di incidente di 65 anni e più l'incidenza della causa suddetta è del 68,7% per gli uomini e di ben il 78,1% per le donne. Le vittime di "ferite" appartengono invece più spesso al sesso maschile nella fascia delle età centrali (35,9%). Non sembra infine trascurabile, soprattutto per le donne, la frequenza delle "ustioni" (15,5%), nonché quella riguardante altre tipologie quali "urto o schiacciamento".

Tavola 4 – Incidenti domestici secondo alcune principali tipologie. Valori percentuali rispetto agli incidenti in totale. Anno 2014

Tipologia	Maschi				Femmine			
	Classi di età				Classi di età			
	0-24	26-64	65 e più	Totale	0-24	26-64	65 e più	Totale
Caduta	39,0	32,3	68,7	44,1	55,1	43,1	78,1	56,9
Ferita	11,3	35,9	24,3	27,1	28,3	22,1	4,0	15,9
Urto o schiacciamento	28,1	17,9	5,9	16,8	6,5	13,7	8,1	11,1
Ustione	13,5	5,9	1,1	6,4	10,1	20,2	9,6	15,5
Corpi estranei in occhio, orecchie, etc.	6,7	6	0	4,4	0	0,9	0,2	0,6
Soffocamento	1,4	1,6	0	1,1	0	0	0	0

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Note conclusive: rischio e prevenzione per gli anziani

L'analisi sopra svolta, relativamente agli anni 1998, 2006 e 2014, ha evidenziato con chiarezza che l'entità del rischio di infortunio in ambiente domestico aumenta sensibilmente al crescere dell'età: ciò evidentemente in ragione del fisiologico decadimento psico-fisico, nonché, frequentemente, delle peggiorate condizioni economiche. Inoltre, l'anziano trascorre molto tempo nella propria abitazione e nelle sue pertinenze, anche perché è spesso affetto da patologie o comunque da deficit invalidanti.

Per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni in questione, le fonti di letteratura – sia nazionali che internazionali – evidenziano come gli interventi più efficaci siano quelli di carattere legislativo mirati ad eliminare i rischi peculiari degli ambienti domestici, avendo speciale riguardo per la popolazione casalinga e anziana, mentre ci sono solo deboli evidenze circa azioni di carattere unicamente educativo e informativo. In particolare, per la prevenzione degli infortuni riguardanti gli anziani, si è dimostrato efficace incentivare l'utilizzo di dispositivi di sicurezza quali rilevatori di fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua, prodotti "antiscivolo" per i pavimenti e via dicendo; così pure viene consigliato apportare modifiche alle abitazioni (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione di corrimano, maniglie da bagno, ecc.). Parimenti efficaci si sono dimostrati gli interventi tesi a stimolare l'attività fisica degli anziani, così da accrescerne la forza muscolare e il senso di equilibrio. In definitiva, sono da considerare fortemente raccomandabili approcci di prevenzione di tipo "integrato", specie se ripetuti nel tempo e mirati su categorie di persone ad alto rischio.

Attualmente le ASL realizzano interventi di prevenzione attraverso attività di sensibilizzazione e di educazione, con l'obiettivo di modificare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti, agendo direttamente sugli anziani, ovvero su personale sanitario, insegnanti e genitori. Per la realizzazione di

attività collaterali a quelle del tipo suddetto, vengono talora svolte azioni integrate con istituzioni anche non sanitarie e con specifiche associazioni della società civile: ad esempio servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale, *hospice*, case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe e via dicendo.

Riferimenti bibliografici

Bagatta G. (a cura di) (2007), *Il sistema di indagini sociali multiscopo. Contenuti e metodologia delle indagini*, ISTAT, Roma.

Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario (2012). Ministero della Salute. *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2009-2010*. Roma.

IRSES (1992), *Gli infortuni. Dati e incognite per l'analisi quantitativa*. Milano, Franco Angeli.

ISTAT (1998-2014), *Aspetti della vita quotidiana*. Indagine Multiscopo sulle famiglie.

ISTAT (1998-2014), "Rapporto annuale", Roma.

Lo Izzo A., Erba P., Lagattola E., Bisceglia L., Assennato, G. (2004), *Infortuni domestici in Puglia: analisi dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica e delle relative conseguenze*, in *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, vol. 26, n. 4, Suppl..

Mantero S., Lorini C., L. Giovannetti L., Chellini E. (2007), *Incidenti mortali domestici in Toscana negli anni 2001-2002*, in *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, n. 19.

Palmi S., Oleari F., Erba P. (2004), *Case persone infortuni: conoscere per prevenire*, ISPESL, Roma.

Simoncini F. (1981), *Gli infortuni domestici e la loro prevenzione*, Quaderni di Documentazione CNEL, Roma.

Taggi F. (2001), *La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambiente di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della legge 493/1999*. Rapporti ISTISAN 01/11. Istituto Superiore di Sanità; Roma.

Taggi F. (2003), *Gli incidenti domestici della donna: un'espressione particolare di un sistema complesso*, Rapporti ISTISAN 03/28, Roma.

Pitidis A., et Al. (2005), *La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia, versione italiana documento ISS, O5/AMPP/AC/624*.

Pitidis A, Taggi F (2006), *Ambiente casa: la sicurezza domestica dalla conoscenza alla prevenzione*. Rapporto del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Milano: Franco Angeli Editore.

Le nuove procedure di acquisto dei farmaci biosimilari – In attesa del voto del Senato

di Nicola C. Salerno | 28 Dicembre 2016 | In: [Quaderno n.27 / 2016](#)

La Nota (ripresa da Reforming.it) descrive e commenta l'articolo 1, comma 407, del Disegno di legge di bilancio, che interviene sulle procedure di acquisto dei medicinali biosimilari e sulle modalità di svolgimento delle aste.

Dopo le modifiche della Camera, adesso il Senato si trova di fronte una norma tutto sommato ben scritta ed equilibrata, per la quale il probabile voto di fiducia, che esclude la fase di discussione e di possibili ulteriori modifiche, non dovrebbe costituire un problema.

Si può dire che bene ha fatto la Camera a recepire l'indicazione dell'AGCM di rimuovere la base d'asta prefissata. Sarebbe stato un inutile "legarsi le mani" per i centri di acquisto responsabili delle gare. Una base d'asta prefissata e incorporata nella normativa rischiava di generare effetti di "focal point", attirare a sé le scelte di prezzo e indebolire l'interazione concorrenziale in un mercato in cui il numero dei produttori resta limitato. C'è anche da dire, tuttavia, che soprattutto i primi tempi, in attesa che il comparto dei biosimilari si ispessisca e si rodino i meccanismi d'asta, esigenze di tutela della varietà dei prodotti potrebbero suggerire di non forzare troppo verso il basso il prezzo di partenza e di avvalersi delle esperienze dei Paesi in cui le procedure competitive per l'approvvigionamento dei biosimilari sono già in funzione su larga scala.

Una prospettiva il più possibile internazionale andrebbe adottata anche per quanto riguarda il riconoscimento della qualità di biosimilare. Indipendentemente che l'attestazione formale sia a cura dell'EMA o dell'AIFA (i.e. delle Agenzie nazionali), la decisione dovrebbe scaturire dalla disamina della più vasta letteratura teorica ed empirica a disposizione a livello mondiale. Diffomità di indirizzi tra Paesi andrebbero approfonditi per verificare se è possibile, al meglio delle conoscenze scientifiche di cui si dispone, identificare best practice su cui convergere. Per certo, sono da evitare come pericolose e dannose interferenze regionali e territoriali, ma qui il disegno di legge è chiaro e dà l'ultima parola all'EMA o all'AIFA (con un coordinamento tra le due Istituzioni, e più in generale tra l'EMA e le Agenzie nazionali, che avrà probabilmente bisogno di un po' di tempo per fluidificarsi e razionalizzarsi, quantomeno per evitare scelte contraddittorie).

Alla luce delle argomentazioni presentate nella Nota, altrettanto bene ha fatto la Camera a non dare seguito alla richiesta dell'AGCM di rivedere il divieto di sostituibilità automatica e di allargare il perimetro del lotto da mettere a gara. È bene usare prudenza e, almeno per adesso, accettare che la sostituibilità passi sempre per una scelta esplicita del medico, che conosce la casistica clinica sotto terapia, e non per un automatismo normativo e d'ufficio. Questa precauzione non impedisce alle Regioni e alle loro strutture di governo sanitario di sensibilizzare i medici sul tema del controllo della spesa e sulla necessità di utilizzare i prodotti biologici più economici a parità delle loro prestazioni. Per quanto riguarda il lotto d'asta, invece, il perimetro indicato nel disegno di legge pone correttamente in concorrenza solo biosimilari con un alto grado di sovrapposibilità, come sono quelli che condividono principio attivo, via di somministrazione e dosaggio. Ed è già una soluzione che si sforza di stimolare la concorrenza di prezzo, anche accettando di inserire nello stesso lotto prodotti non perfettamente sovrapposibili perché, per esempio, diversi in formulazione farmaceutica, tempi di rilascio e di interazione con il corpo umano, e processi di produzione, tutti aspetti in grado di incidere sugli effetti che i biologici hanno nella casistica clinica soggettiva, molto più di quanto già accada sul fronte dei prodotti da sintesi chimica. Proprio perché si opta per un perimetro già inclusivo, da un lato è importante che resti al medico la scelta su quale prodotto utilizzare tra i tre aggiudicatari dell'asta e su quando, per motivi di continuità, usare invece un prodotto diverso dai primi tre classificati (come il disegno di legge effettivamente fa); dall'altro lato, parrebbe inopportuna l'estensione all'intero gruppo terapeutico (il suggerimento dell'AGCM), che porterebbe ad accorpare nello stesso lotto farmaci biologici che possono avere costi di sintesi e produzione, profili di applicabilità e effetti anche molto diversi tra loro. Per il probabile voto di fiducia che potrà arrivare nei prossimi giorni (forse già domani 7 Dicembre), il Senato si troverà davanti una norma tutto sommato ben scritta e anche prudente ed equilibrata, consapevole di stare affrontando aspetti regolatori riguardanti medicinali complessi e per certi versi "inesplorati", sui quali anche dopo la scadenza del brevetto la promozione della concorrenza deve essere perseguita senza andare a discapito della varietà disponibile sul mercato e della appropriatezza, quest'ultima valutata il più possibile a livello individuale (alla stregua delle potenzialità aperte dai nuovi farmaci che permettono personalizzazione dei percorsi terapeutici). Compiuti i passi avanti del comma 407, articolo 1, potranno essere valutati ulteriori progressi, come per esempio il coordinamento delle centrali di acquisto (almeno sul prezzo base delle aste indette in periodi ravvicinati), o l'avvio di una centrale di acquisti unica nazionale dedicata alle aste dei biosimilari e supportata da un adeguato disegno (per il Ssn forse la maniera migliore di instaurare rapporti contrattuali con le big pharma), oppure accordi-quadro che già contemplino clausole standard di payment-by-result o risk-sharing (non incompatibili con la natura off-patent di medicinali che restano ad alto potenziale e complessi).

Senza dimenticare, adesso che l'attenzione comincia a focalizzarsi sull'universo biologico, che recuperi importanti di efficienza sono ancora possibili nel comparto dei prodotti tradizionali off-patent, e che le relative risorse potrebbero essere rigenerate all'interno del capitolo di spesa farmaceutica e dedicate alla diffusione delle terapie innovative.

6 Dicembre 2016

Si fa riferimento al comma 407, articolo 1, del Disegno di legge di bilancio, nella nuova formulazione data dalla Camera dei Deputati all'articolo 59, comma 11 della bozza governativa dello stesso disegno di legge (A.C. 4127-bis-A). La discussione al Senato dovrebbe chiudersi a breve, domani (7 Dicembre) o nei giorni immediatamente successivi, con un probabile voto di fiducia. Il comma 407 introduce modifiche alle procedure di acquisto dei farmaci biologici (inclusi i biotecnologici) da parte del Ssn. L'obiettivo è quello di incentivare la diffusione dei prodotti biosimilari una volta decaduta la copertura brevettuale dell'originatore e stimolare la concorrenza di prezzo tra off-patent, essenziale per rendere economicamente sostenibile l'afflusso negli ospedali dei medicinali di nuova generazione.

In primo luogo, sono espressi tre principi di fondo su cui impostare la regolazione settoriale:

1. La caratteristica di biosimilarità è attestata dalla European Medicine Agency (EMA) o dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), "tenuto conto delle rispettive competenze";

2. La sostituibilità tra farmaco biologico originatore e prodotti biosimilari e anche tra biosimilare e biosimilare non è mai automatica;

3. Nelle aste per l'approvvigionamento di farmaci biologici (a brevetto scaduto) non possono esser posti nel medesimo lotto farmaci con principi attivi diversi, anche se aventi la medesima indicazione terapeutica.

Successivamente, l'articolo definisce alcune modalità standard di acquisto dei farmaci biologici a brevetto scaduto. Per tutti i farmaci biologici originatori per i quali siano presenti sul mercato i corrispondenti prodotti biosimilari, l'approvvigionamento avviene tramite procedura d'asta gestita dalle centrali regionali di acquisto e rispondente ai seguenti criteri:

a. Quando sul mercato sono presenti più di tre prodotti a base del medesimo principio attivo, le procedure d'asta devono basarsi su accordi-quadro (di cui all'art. 54 del D. Lgs. n. 50 del 18 Aprile 2016) coinvolgenti tutti i produttori di farmaci con identico principio attivo (ATC di quinto livello) e medesimi via di somministrazione e dosaggio (anche se non specificato, si immagina dosaggio unitario o relativo a unità di trattamento);

b. Risultano vincitori dell'asta i primi tre farmaci ordinati per vantaggiosità dell'offerta nella graduatoria dell'accordo-quadro;

c. Il medico resta libero di prescrivere il farmaco in grado di garantire la continuità terapeutica ai pazienti già sotto trattamento, anche se lo stesso farmaco non rientra tra i tre prodotti aggiudicatari dell'asta (deve comunque essere incluso nella procedura d'asta di cui alla precedente lettera a.);

d. Nel caso in cui il brevetto dell'originatore scada durante il periodo di validità del contratto di fornitura, entro al massimo 30 giorni dall'immissione in commercio di uno o più prodotti biosimilari, le centrali di acquisto avviano le procedure d'asta nel rispetto dei precedenti punti a., b. e c. (oltre ovviamente alle altre parti del comma 407);

e. Le centrali di acquisto regionali riforniscono i centri prescrittori con i prodotti acquistati in base alle procedure d'asta (di cui all'art. 54 del D. Lgs. n. 50 del 18 Aprile 2016);

f. Dal mancato rispetto delle procedure d'asta, da parte delle Regioni e/o delle centrali appaltanti, non possono sorgere oneri aggiuntivi per il bilancio del Ssn (i.e. per il bilancio dello Stato).

Il comma 407 qui sopra sintetizzato ha suscitato valutazioni contrastanti, soprattutto nella sua prima formulazione pre revisioni della Camera. Da un lato c'è stato apprezzamento per la spinta a generalizzare il ricorso ad aste per finalizzare accordi-quadro rivolti a tutti i produttori e gestite dalle centrali di acquisto. Regole chiare, procedure spedite e tempi certi di aggiudicazione favoriranno l'ingresso sul mercato di produttori di biosimilari e anche la differenziazione dei prodotti in termini di vie di somministrazione e di dosaggio per poter rientrare nel perimetro del lotto e partecipare alle aste.

Dall'altro lato non sono mancati appunti su alcuni aspetti del disegno dell'asta e persino sui tre principi di fondo elencati all'inizio di questa RN (i citati punti 1., 2. e 3.).

Le critiche sono ben riassunte nel documento AS1312 dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) in data 17 Novembre 2016. La Segnalazione dell'Agcm ha riguardato soprattutto la scelta del prezzo base dell'asta, ma si è estesa anche all'esclusione della sostituibilità automatica tra originatore e suoi biosimilari e tra gli stessi biosimilari, e al divieto di inserire in un unico lotto d'asta farmaci con medesima indicazione terapeutica ma basati su principi attivi diversi.

L'AGCM aveva criticato che la versione originaria della norma prevedesse come prezzo base per l'asta quello massimo di cessione al Ssn del farmaco originatore (o farmaco di riferimento, come si esprime l'articolo). Le modifiche della Camera hanno accolto la segnalazione e cancellato questo parametro; adesso la base d'asta non è più vincolata all'ultimo prezzo praticato dall'originatore (plausibilmente prima della scadenza del brevetto), ma può essere fissata dalle centrali di acquisto, sfruttando al massimo l'informazione disponibile al momento di indizione della gara (stadio di sviluppo del comparto dei biosimilari e numerosità dei prodotti inseribili nel lotto, riscontri clinici già disponibili sull'originatore, stime delle funzioni di produzione considerando solo la componente industriale scaduto ormai il brevetto, etc.).

Sono stati giustamente ridimensionati, invece, gli altri due richiami dell'AGCM, apparsi un po' inopportuni alla luce dell'esperienza regolatoria che l'Italia ha potuto maturare negli ultimi venti anni in ambito farmaceutico. Il divieto di automatismi nella sostituzione tra originatore e suoi simili, e tra gli stessi biosimilari, non va inteso come un limite alla concorrenza (quello che invece lascia intendere l'AGCM). Rispetto ai farmaci di origine chimica (i prodotti tradizionali), i biologici hanno una complessità di gran lunga superiore, sia nelle modalità con cui sono sintetizzati e prodotti (i processi industriali) sia negli effetti che possono indurre all'interno del corpo umano.

Se per i farmaci chimici l'applicazione del reference pricing (fascia "A") e delle liste di trasparenza (fascia "C" con obbligo di prescrizione) contempla la possibilità per il medico prescrittore di vietare la sostituzione con gli equivalenti quando in scienza e coscienza la ritiene inopportuna, non deve stupire che una cautela anche maggiore sia adottata per i prodotti biologici, stabilendo il doppio principio:

- che la biosimilarità sia esplicitamente attestata dall'EMA o dall'AIFA con riferimento allo specifico rapporto tra il farmaco originatore e un suo "aspirante" biosimilare;
- e che non siano possibili sostituzioni automatiche né tra originatore e biosimilari né tra gli stessi biosimilari, dovendosi valutare la praticabilità e la vantaggiosità della sostituzione in stretta relazione al caso clinico soggettivo.

Se il cluster alla base del reference pricing e delle liste di trasparenza comprende medicinali che condividono principio attivo (o combinazione di principi attivi), formulazione farmaceutica, modalità di somministrazione, tempi di rilascio e dosaggio unitario, a maggior ragione non deve stupire che si richieda che l'asta per l'acquisto di biologici sia organizzata (almeno) a parità di principio attivo (o combinazione di principi attivi), modalità di somministrazione e dosaggio, vietando che nello stesso lotto possano entrare per esempio prodotti accomunati dall'indirizzo terapeutico ma aventi strutture chimiche diverse. Nell'universo biologico, strutture chimiche diverse possono implicare indicazioni, spettri di applicabilità ed effetti anche molto differenziati a seconda della casistica clinica soggettiva.

Tra l'altro, mentre l'universo dei farmaci chimici è sufficientemente conosciuto, o si può dire anche ben conosciuto per quanto riguarda i prodotti che hanno perso il brevetto dopo tanti anni di utilizzo clinico, l'universo dei biologici si colloca oggi in piena frontiera della ricerca biomedica, con tutte le conseguenze che questo comporta sia sul piano della padronanza del complesso degli effetti sul corpo umano, sia su quello della stima di quali possano essere i costi efficienti per la riproduzione, una volta scaduto il brevetto, di biosimilari che assicurino le stesse prestazioni.

Tirando le somme, si può dire che bene ha fatto la Camera a recepire l'indicazione dell'AGCM di rimuovere la base d'asta prefissata. Sarebbe stato un inutile "legarsi le mani" per i centri di acquisto responsabili delle gare. Una base d'asta prefissata e incorporata nella normativa rischiava di generare effetti di "focal point", attirare a sé le scelte di prezzo e indebolire l'interazione concorrenziale in un mercato in cui il numero dei produttori resta limitato. C'è anche da dire, tuttavia, che soprattutto i primi tempi, in attesa che il comparto dei biosimilari si ispessisca e si rodino i meccanismi d'asta, esigenze di tutela della varietà dei prodotti potrebbero suggerire di non forzare troppo verso il basso il prezzo di partenza e di avvalersi delle esperienze dei Paesi in cui le procedure competitive per l'approvvigionamento dei biosimilari sono già in funzione su larga scala.

Una prospettiva il più possibile internazionale andrebbe adottata anche per quanto riguarda il riconoscimento della qualità di biosimilare. Indipendentemente che l'attestazione formale sia a cura dell'EMA o dell'AIFA (i.e. delle Agenzie nazionali), la decisione dovrebbe scaturire dalla disamina della più vasta letteratura teorica ed empirica a disposizione a livello mondiale. Differmità di indirizzi tra Paesi andrebbero approfonditi per verificare se è possibile, al meglio delle conoscenze scientifiche di cui si dispone, identificare best practice su cui convergere. Per certo, sono da evitare come pericolose e dannose interferenze regionali e territoriali, ma qui il disegno di legge è chiaro e dà l'ultima parola all'EMA o all'AIFA (con un coordinamento tra le due Istituzioni, e più in generale tra l'EMA e le Agenzie nazionali, che avrà probabilmente bisogno di un po' di tempo per fluidificarsi e razionalizzarsi, quantomeno per evitare scelte contraddittorie).

Alla luce delle argomentazioni sin qui espresse, altrettanto bene ha fatto la Camera a non dare seguito alla richiesta dell'AGCM di rivedere il divieto di sostituibilità automatica e di allargare il perimetro del lotto da mettere a gara. È bene usare prudenza e, almeno per adesso, accettare che la sostituibilità passi sempre per una scelta esplicita del medico, che conosce la casistica clinica sotto terapia, e non per un automatismo normativo e d'ufficio. Questa precauzione non impedisce alle Regioni e alle loro strutture di governo sanitario di sensibilizzare i medici sul tema del controllo della spesa e sulla necessità di utilizzare i prodotti biotecnologici più economici a parità delle loro prestazioni.

Per quanto riguarda il lotto d'asta, invece, il perimetro indicato nel disegno di legge pone correttamente in concorrenza solo biosimilari con un alto grado di sovrapposibilità, come sono quelli che condividono principio attivo, via di somministrazione e dosaggio. Ed è già una soluzione che si sforza di stimolare la concorrenza di prezzo, anche accettando di inserire nello stesso lotto prodotti non perfettamente sovrapposibili perché, per esempio, diversi in formulazione farmaceutica, tempi di rilascio e di interazione con il corpo umano, e processi di produzione, tutti aspetti in grado di incidere sugli effetti che i biologici hanno nella casistica clinica soggettiva, molto più di quanto già accada sul fronte dei prodotti da sintesi chimica. Proprio perché si opta per un perimetro già inclusivo, da un lato è importante che resti al medico la scelta su quale prodotto utilizzare tra i tre aggiudicatari e su quando, per motivi di continuità, usare invece un prodotto diverso dai primi tre classificati; dall'altro lato, parrebbe inopportuna l'estensione

all'intero gruppo terapeutico (il suggerimento dell'AGCM), che porterebbe ad accorpate farmaci biologici che possono avere costi di sintesi e produzione, profili di applicabilità e effetti anche molto diversi tra loro.

In conclusione, per il probabile voto di fiducia che potrà arrivare nei prossimi giorni (forse già domani 7 Dicembre), il Senato si troverà davanti una norma tutto sommato ben scritta e anche prudente ed equilibrata, consapevole di stare affrontando aspetti regolatori riguardanti medicinali complessi e per certi versi "inesplorati", sui quali anche dopo la scadenza del brevetto la promozione della concorrenza deve essere perseguita senza andare a discapito della varietà disponibile sul mercato e della appropriatezza, quest'ultima valutata il più possibile a livello individuale (alla stregua delle potenzialità aperte dai nuovi farmaci che permettono personalizzazione dei percorsi terapeutici).

Compiuti i passi avanti del comma 407, articolo 1, potranno essere valutati ulteriori progressi, come per esempio il coordinamento delle centrali di acquisto (almeno sul prezzo base delle aste indette in periodi ravvicinati), o l'avvio di una centrale di acquisti unica nazionale dedicata alle aste dei biosimilari e supportata da un adeguato disegno (per il Ssn forse la maniera migliore di instaurare rapporti contrattuali con le big pharma), oppure accordi-quadro che già contemplino clausole standard di payment-by-result o risk-sharing (non incompatibili con la natura off-patent di medicinali che restano ad alto potenziale e complessi).

Senza dimenticare, adesso che l'attenzione comincia a focalizzarsi sull'universo biologico, che recuperi importanti di efficienza restano ancora possibili nel comparto dei prodotti tradizionali off-patent, e che le relative risorse potrebbero essere rigenerate all'interno del capitolo di spesa farmaceutica e dedicate alla diffusione delle terapie innovative.

Buon voto al Senato e in bocca al lupo all'Italia.