

Corso di Laurea triennale in
Servizio Sociale
Università degli Studi di Torino

Processi culturali e politiche sociali (M-Z)

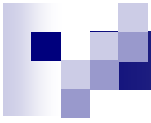
A.A. 2020-2021

Lun 26, Mart 27, Merc 28 Ottobre

Rosy Musumeci



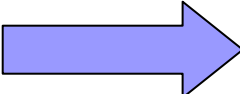
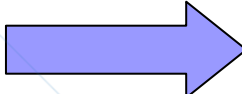
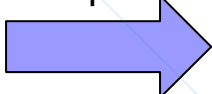
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



- *Si ricorda che tutto il materiale prodotto è protetto da diritto d'autore; può essere utilizzato per finalità di studio e di ricerca a uso individuale e non può essere utilizzato per finalità commerciali, per finalità di lucro anche indiretto (per es. non può essere condiviso su piattaforme online a pagamento o comunque su servizi erogati a scopo di lucro o su siti che guadagnano con introiti pubblicitari). È inoltre vietata la condivisione su qualsiasi social media di materiale coperto da diritto d'autore, salvo l'adozione di licenze Creative Commons. Si richiama l'attenzione degli/delle studenti/studentesse a un uso consapevole e corretto dei materiali resi disponibili dalla comunità universitaria, nel rispetto delle disposizioni del codice etico di Ateneo.*

La politica sanitaria (seconda parte)

Evoluzione storica della politica sanitaria: Italia

Società di mutuo soccorso con assicurazioni volontarie	Sistema mutualistico con assicurazione pubblica obbligatoria di malattia	Servizio Sanitario Nazionale
<p>Fondi assicurativi ad iscrizione volontaria atti a redistribuire il rischio di malattia e a compensare i danni conseguenti.</p> 	<p>L. 138/1943: da un sistema di assicurazione volontaria a un sistema di assicurazione pubblica obbligatoria.</p> <p>Diritto sociale all'assistenza in caso di malattia per il lavoratore e i familiari. Prestazioni offerte in cambio di un dovere di contribuzione.</p> 	<p>Ispirato alla "sicurezza sociale" (protezione sociale fornita dallo stato sulla base della cittadinanza/residenza e finanziato dal gettito fiscale)</p> <p>Omogeneità e standardizzazione in merito sia ai diritti riconosciuti sia agli standard di prestazione.</p> 

Fine '800-1943

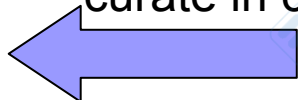
1943-1978

1978

Il passaggio da un modello sanitario all'altro è sempre coinciso con crisi/forte instabilità politico-istituzionale

La sanità in Italia: sino al 1943

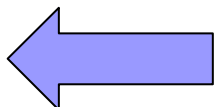
- Oltre agli iscritti alle società di mutuo soccorso, avevano diritto all'assistenza sanitaria coloro i quali erano iscritti nei **registri comunali degli indigenti**
 - l'amministrazione comunale si faceva carico dell'assistenza sanitaria dei più poveri che avevano diritto all'assistenza gratuita negli ospedali pubblici e nelle opere pie ospedaliere delle istituzioni ecclesiastiche e caritatevoli
- Chi non era iscritto né a una società di mutuo soccorso né nei registri comunali degli indigenti doveva pagare di tasca propria
- Per tutto l'800 e i primi decenni del XX secolo gli ospedali erano strutture che davano ospitalità ai poveri, malati cronici, casi contagiosi e anziani privi di familiari; erano luoghi di ricovero a basso contenuto tecnologico
- Le persone benestanti di rado ricorrevano ai servizi ospedalieri: venivano curate in casa propria.



Fonte: Toth 2014 La sanità in Italia Il Mulino

La sanità in Italia: 1943-1978

- I contributi obbligatori dei lavoratori consistevano in un prelievo % sullo stipendio
- Ogni categoria di lavoratori aveva la propria cassa mutua
 - Es. Inam (la più grande cassa mutua, cui facevano riferimento i dipendenti del settore privato); Enpas per i dipendenti statali ecc.
- Grande varietà di enti mutualistici: poco prima dell'istituzione del SSN se ne contavano circa 300
 - Ogni cassa mutua aveva un proprio statuto e un proprio regolamento
 - Difformità sul fronte dei benefici offerti con casse mutue più generose di altre e del prelievo % sullo stipendio
 - Le casse mutue più grandi disponevano di propri ambulatori e di proprio personale medico-sanitario attraverso cui erogavano direttamente assistenza ai propri associati, altre si affidavano a fornitori esterni convenzionati. Molte avevano un modello misto.



Fonte: Toth 2014 La sanità in Italia Il Mulino

La sanità in Italia: 1943-1978

Limiti del sistema mutualistico

- Frammentazione organizzativa
- Scollamento tra diversi comparti dell'assistenza
- Disparità di copertura e di trattamento
 - ❖ Metà anni '70 scoperto il 7% della popolazione:
 - Giovani in cerca di primo impiego e non più a carico dei genitori
 - Disoccupati non percettori di indennità o sussidi
 - Persone con redditi propri non da lavoro
- Dissesto finanziario: le mutue accumularono deficit di cui lo Stato più volte dovette farsi carico e che ebbero ripercussione sulla qualità dell'assistenza ospedaliera in particolare
- Lottizzazione politica
 - ❖ I vertici delle casse mutue erano di nomina politica pertanto i partiti di maggioranza sfruttarono questa opportunità per fini clientelari e per attrarre le categorie beneficiarie

Fonte: Toth 2014 La sanità in Italia Il Mulino

Italia: da sistema mutualistico a servizio sanitario nazionale

L. n. 833/1978

- Passaggio dal sistema mutualistico (abolizione delle diverse casse mutue per le varie categorie professionali) al servizio sanitario nazionale. **L'assistenza sanitaria** quindi **diventa un diritto di cittadinanza**.
- A richiedere l'istituzione di un sistema sanitario pubblico sono stati il PCI (che aveva presentato un disegno di legge in tal senso già nel 1965) e i sindacati (erano favorevoli anche l'associazionismo cattolico, Confindustria)
- Erano contrari alla riforma: Pli e Msi e soprattutto il personale delle casse mutue e gli ordini medici che non volevano essere statalizzati per timore di perdere la propria autonomia professionale e anche per il proprio guadagno: infatti nello schema originario di riforma era previsto per i medici dipendenti del SSN il divieto all'attività libero-professionale (poi rimosso)

Articolazione e funzionamento del SSN

1)

Principi distintivi del **Servizio sanitario nazionale** istituito in seguito alla L. n. 833 del 1978:

1. Universalità della copertura

- Il diritto all'assistenza sanitaria viene garantito gratuitamente all'intera popolazione, a tutti i cittadini (e non solo)

2. Uguaglianza di trattamento dei cittadini

- A parità di bisogno tutti dovrebbero essere curati nello stesso modo (ma nei fatti differenze tra regioni)

3. Globalità delle prestazioni erogate

- Il SSN non deve limitarsi a curare gli stati patologici acuti ma deve intervenire su una molteplicità di fattori che influenzano + o – direttamente la salute

Articolazione e funzionamento del SSN

2)

Principi distintivi del **Servizio sanitario nazionale** istituito in seguito alla L. n. 833 del 1978:

4. **Equità** del finanziamento

- Un SSN è tanto più equo quanto più le spese sanitarie sono distribuite tra i cittadini in proporzione non alle condizioni di salute ma alla rispettiva capacità di pagare (in Italia: gettito fiscale, i cittadini più ricchi pagano per i meno, però anche ticket ed elevata spesa privata *out of pocket*: elementi di iniquità perché ricadono solo sui malati)

5. **Controllo democratico** da parte dei cittadini

- Sino al 1992-93 tale controllo consisteva nella nomina da parte dei consigli comunali degli amministratori delle unità sanitarie locali (Usl). Dopo: i direttori generali delle aziende sanitarie rispondono del proprio operato alla giunta regionale (nei fatti non c'è un controllo "sostanziale" da parte dei cittadini)

6. **Unicità di gestione e proprietà** prevalentemente **pubblica** dei fattori di produzione.

- Gestore è lo Stato (nella realtà, in Italia il sistema è più vicino ad un modello misto: i servizi finanziati dal SSN sono erogati per 2/3 da fornitori pubblici, per 1/3 da fornitori privati; se consideriamo l'intero sistema di erogazione delle cure sanitarie, le cure sanitarie sono erogate per circa il 49% dal settore privato)

Fonte: Toth 2014 La sanità in Italia Il Mulino

Stranieri e diritto all'assistenza sanitaria pubblica 1)

Il SSN italiano garantisce assistenza anche a stranieri che si trovino a vario titolo sul territorio nazionale:

- I cittadini **comunitari** (UE) regolarmente presenti e in possesso della tessera europea di assicurazione di malattia (TEAM), hanno diritto al medesimo trattamento degli italiani
- Anche gli **extracomunitari** (no EU) con regolare permesso di soggiorno possono iscriversi al SSN.
- Anche agli stranieri, comunitari o extracomunitari, non in regola con le norme di ingresso o di soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia e infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Fonte: Toth 2014 La sanità in Italia

Stranieri e diritto all'assistenza sanitaria pubblica 2)

Sono, in particolare, garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della *Convenzione sui diritti del fanciullo* del 20 novembre 1989;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Stranieri e diritto all'assistenza sanitaria pubblica 3)

- In questo caso gli **stranieri irregolari** sarebbero tenuti a pagare per intero le prestazioni sanitarie che ricevono.
- È, tuttavia, previsto che l'assistito possa sottoscrivere **un'autocertificazione d'indigenza**, in cui dichiara di non avere i mezzi per pagare le cure.
 - Così facendo gli/le viene assegnato il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) se extracomunitario o ENI (Europeo Non Iscrivibile) se comunitario che danno diritto all'assistenza al pari dei cittadini italiani, a fronte del pagamento di un contributo alla spesa (ticket).
 - STP ed ENI possono trovare, presso i Centri ISI (Centri di Informazione Salute Immigrati) tutte le cure che potrebbero ricevere dal medico di medicina generale (tranne le visite domiciliari) e hanno la possibilità di usufruire di mediatori culturali.



Sfide e mutamento – anni '80 1)

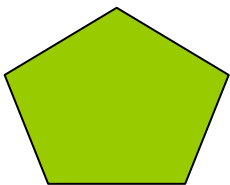
Crisi della politica sanitaria italiana negli anni '80

- a) Emergenza finanziaria (crescita del debito e del deficit pubblico)
- b) Difficoltà ad attuare provvedimenti di ampio respiro
- c) Il SSN venne accusato di erogare prestazioni di bassa qualità
- d) Scarsa competenza del personale sia a livello centrale – ministeri della sanità – che regionale – assessorati e quadri delle strutture sanitarie, spesso nominato secondo logiche di affiliazione partitica e non secondo criteri di professionalità
- e) Dispute tra livelli di governo su ripartizioni di funzioni e risorse finanziarie
- f) Inadempienze a livello subnazionale
- g) Variabilità tra regioni negli indicatori di funzionamento

Sfide e mutamento – anni '80 2)

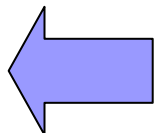
Crisi della politica sanitaria italiana negli anni '80

- h) Eccessivamente burocratico
- i) Sprechi e corruzione
- j) Eccessiva ingerenza dei partiti/elevato grado di politicizzazione delle USL (“centri di potere” per acquisizione di consensi elettorali):
 - Le USL (unità sanitarie locali) erano governate da un organo collegiale – il comitato di gestione – nominato dai consiglieri comunali delle municipalità comprese nel territorio di ogni USL
 - Se l'idea della L. istitutiva era quella di porre le USL sotto un controllo di natura democratica, tuttavia ciò ebbe come conseguenza l'uso delle risorse per la sanità per fini politico-clientelari (persone scelte per affiliazione partitica non perché competenti)



Interventi correttivi per ridurre la spesa sanitaria

- Misure sul lato delle entrate
 - Innalzamento dei livelli di:
 - compartecipazione dei cittadini alla spesa attraverso i ticket
 - aliquote di contributi di malattia: infatti in Italia solo nel **1997 (d.lgs. n. 446)** il finanziamento è diventato **interamente fiscale** e > delle categorie soggette a contribuzione
- Misure sul lato delle uscite
 - Contenimento della spesa per assistenza ospedaliera (che è continuata a crescere sino al 1991), personale, spesa farmaceutica, organizzazione e gestione delle USL
- Andamento altalenante, assenza di continuità e di coerenza nella politica sanitaria su entrambi i versanti (disavanzi annui elevati e crescenti)



Le riforme sanitarie – anni '90 1)

- Tra competizione amministrata e decentramento
- Negli USA negli anni '80 nasce l'idea di un
 - impiego della «logica di mercato» in sanità (solo privata ma anche pubblica)
 - riformare la sanità pubblica introducendo forme di “competizione amministrata”
- A queste idee si sono ispirati i processi di riforma in molti paesi con SSN
- Questi processi hanno comportato da un lato:
 - un maggiore protagonismo del centro che ha dovuto progettare e implementare le riforme
 - Dall'altro però anche riduzione dell'accentramento burocratico e un trasferimento di responsabilità (ad es. amministrative e fiscali) ai livelli amministrativi locali («regionalizzazione»)

Le riforme sanitarie – anni '90 2)

«*La riforma della riforma*»: d.lgs. n. 502/**1992** e d.lgs. n. 517/**1993**

■ Hanno modificato in profondità vari aspetti organizzativi e finanziari del SSN

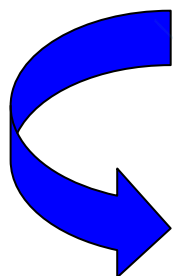
- Decentramento
- Finanziamento
- Aziendalizzazione

Decentramento

- Spostamento delle competenze sanitarie dal livello comunale a quello regionale
- **Rafforzamento regionale.** Assunto di base: livelli di governo sub-nazionali più responsabili fiscalmente contribuiscono a contenere la spesa sanitaria
- **Aziendalizzazione:** da USL (strutture operative dei comuni) a ASL (enti regionali con ampia autonomia gestionale) e AO (aziende ospedaliere nate dalla trasformazione di alcuni ospedali in azienda)
- Con il passaggio da USL a ASL: superamento di un **modello organizzativo** di tipo politico-rappresentativo con uno di tipo **tecnico-aziendalistico**

Nelle USL i poteri decisionali erano attribuiti a un comitato di gestione di nomina politica, nelle ASL a un organo monocratico di natura non politica: il direttore generale

Anni '90



Finanziamento

- Vengono ridefinite le modalità di finanziamento della sanità e introdotte misure per responsabilizzare i livelli di governo inferiori a quello nazionale nel controllo della spesa
- Le regioni assumono un ruolo centrale non solo dal punto di vista organizzativo ma anche finanziario:
 - ★ Responsabilizzazione delle regioni sul versante delle spese
 - Le risorse vengono assegnate in funzione del FSN il cui ammontare è stabilito annualmente dalla L. finanziaria e distribuite tra le regioni (quota capitaria)
 - Non più sistema dei rimborsi a piè di lista
 - ★ Differenti tempi tra regioni nel recepimento della normativa nazionale di riordino

Anni '90

Aziendalizzazione

- Competizione amministrata
- Differenze tra regioni
 - nei tempi di implementazione della normativa nazionale
 - nei modelli di competizione amministrata adottati
 - La riforma del 1992-1993, infatti, aveva fissato solo le linee generali dentro cui le regione erano libere di realizzare il modello di competizione amministrato che intendevano adottare

Anni '90

Riforma Bindi

D.lgs. n. 229/1999 (Ministro della Sanità, governo di centro sinistra 1996-2001)

- Inversione di tendenza rispetto sia all'aziendalizzazione sia al processo di regionalizzazione (più vicina alla L. istitutiva dell'SSN del 1978) per controbilanciare l'autonomia finanziaria acquisita dalle regioni
- Ritorno a un sistema integrato: importanti responsabilità sia al livello centrale che comunale (i comuni ad es. hanno acquisito un ruolo più incisivo nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari, valorizzazione del ruolo del distretto)
- Rapporto di lavoro:
 - Scelta tra esclusività del rapporto di lavoro nel settore pubblico e libera professione nel privato (incentivi dando la possibilità di esercitare la libera professione all'interno delle strutture pubbliche). L'85% ha optato per SSN
 - Nel 2004 l. n. 138/2004 (Sirchia) ha abolito l'esclusività del rapporto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari consentendo la scelta tra intra ed extramoenia

L'articolazione del SSN su tre livelli

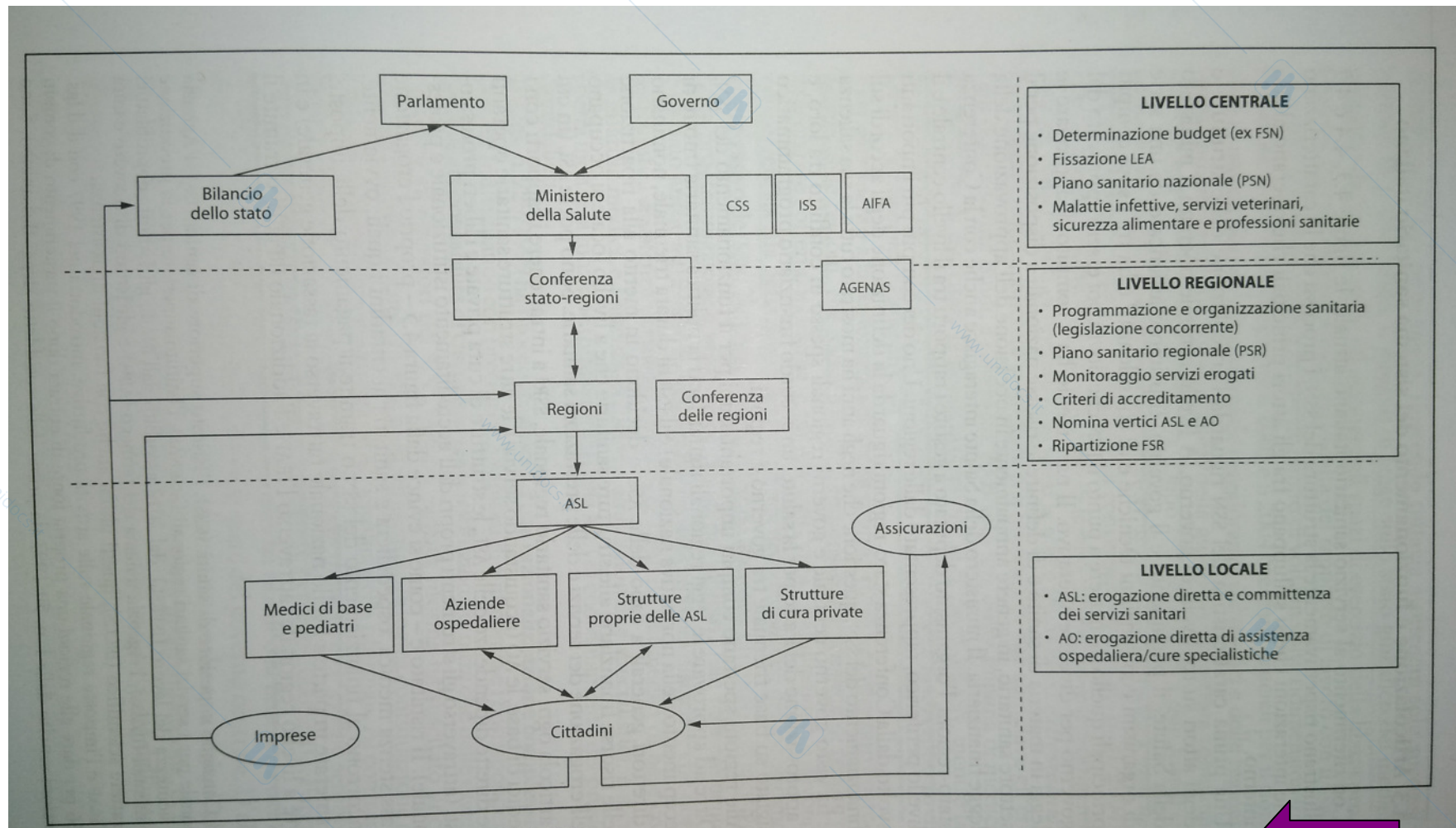
Si compone di molteplici soggetti pubblici e privati che interagiscono tra loro



Ciascun livello ha specifiche funzioni



La configurazione istituzionale del sistema sanitario italiano



Ferrera 2019, p. 238



Il finanziamento del SSN 1)

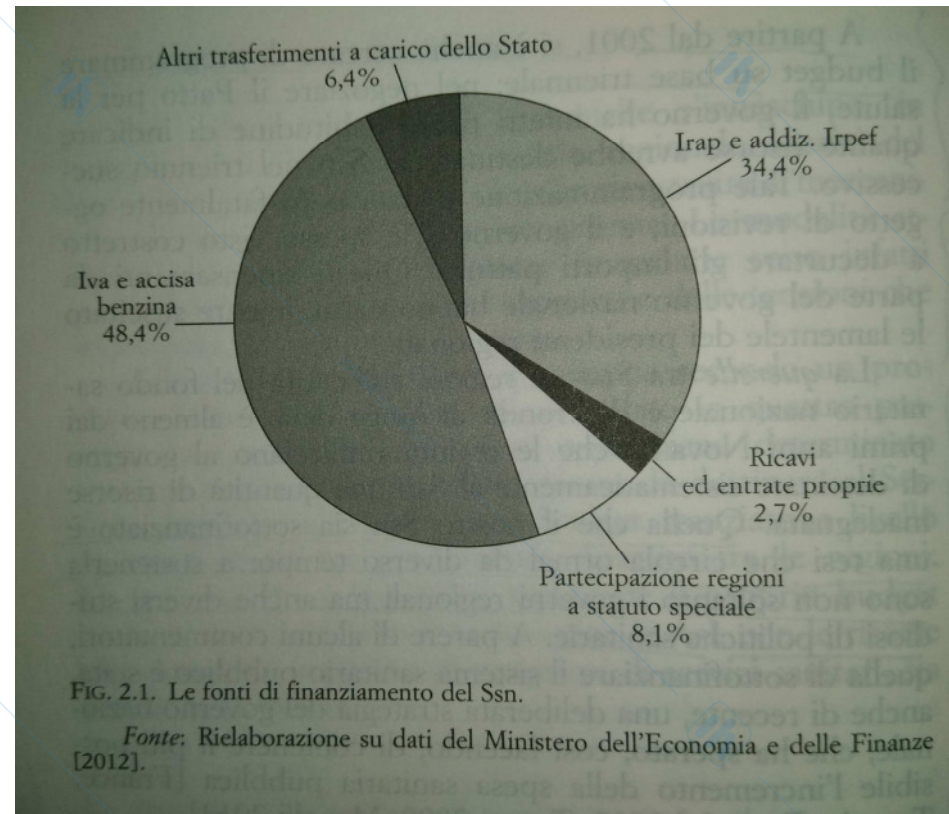
Si sviluppa secondo un processo a cascata in **4 passaggi** successivi:

1. Determinazione dell'ammontare complessivo delle risorse per il SSN
2. Il budget stanziato a livello nazionale viene ripartito tra le regioni
3. Ogni regione suddivide il proprio budget tra le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere (ASL e AO)
4. Le ASL pagano, con le risorse loro assegnate, gli erogatori dei servizi sanitari pubblici e privati.

Il finanziamento del SSN 2)

Il fondo sanitario nazionale (FSN) è alimentato da **diverse fonti**:

- **Irap*** (imposta regionale sulle attività produttive)
- **Irpef** (addizionale regionale all'imposta sui redditi delle persone fisiche)
- Compartecipazione regionale al gettito dell'**IVA**
- Compartecipazione all'accisa sulla **benzina**
- Entrate delle ASL: **ticket** a carico dei pazienti, ricavi delle attività **intramoenia**, ecc.



Toth 2014, p. 54


Incidenza delle diverse fonti di finanziamento

* Introdotta con il d.lgs. n. 466 del 1997



Gli anni Duemila

- Regionalizzazione
- Contenimento della spesa
- Politicizzazione della sanità

- 
- Accordi stato-regioni per il contenimento della spesa sanitaria e la responsabilizzazione delle regioni nel finanziamento e nella gestione della politica sanitaria

Processo di realizzazione del federalismo fiscale in campo sanitario, attribuzione di un'ampia autonomia finanziaria alle regioni

■ **Tappe:**

1. Prima tappa

- D.lgs. n. 56/2000 sul federalismo fiscale
- Attuazione del patto di stabilità interno: compartecipazione di regioni ed enti locali sia alla riduzione del disavanzo pubblico sia all'eventuale sanzione per disavanzo eccessivo (normativa EU); enti decentrati possono decidere gli strumenti con cui perseguire l'obiettivo di riduzione del debito

- Seconda tappa
 - accordo stato-regioni dell'8 agosto del 2001:
 - il governo si impegnò ad aumentare le risorse per la sanità,
 - Regioni:
 - delega per la gestione delle politiche del personale gestione della spesa e dell'organizzazione della sanità, assistenza farmaceutica...
 - Dal 2001 le eventuali eccedenze di spesa sarebbero gravate sulle regioni
 - Riforma titolo V della Costituzione: ridefinizione dei poteri/competenze/materie di intervento tra Stato e Regioni:
 - Legislazione esclusiva dello Stato
 - **Legislazione concorrente fra stato e regioni**
 - Legislazione esclusiva delle regioni

Tutela della salute: legislazione concorrente

- Le regioni hanno potestà legislativa
- Allo stato spetta la determinazione dei principi fondamentali e il compito di fissare standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi (LEA)

- Crescono le differenze tra le regioni per effetto dell'autonomia attribuita loro durante questi anni
- **Piani di rientro** dalla seconda metà degli anni Duemila



Anni Duemila

Strumento con cui lo stato centrale affianca e monitora le regioni; accordi attraverso cui il governo nazionale e le **regioni con deficit sanitari strutturali** stabiliscono obiettivi e azioni per il recupero dell'equilibrio finanziario e a rimuovere le cause dello squilibrio

Commissariamento in caso di perdurante deficit

Piani di rientro

Se ne è fatto ricorso per la prima volta nel **2007**

- All'epoca, circa la metà delle regioni italiane è stata sottoposta a piani di rientro:
 - Sud: tutte le regioni (tranne Basilicata)
 - Centro: Lazio
 - Nord: Liguria e Piemonte
- Esempi di regioni dove i piani hanno funzionato bene (*best practices*):
 - Sicilia.
 - ha ridotto drasticamente il proprio disavanzo (nel 2010 esso era inferiore a quello medio nazionale)
 - Ha migliorato appropriatezza e funzionamento di molti interventi
- Esempi di regioni dove i piani di rientro non hanno funzionato con conseguente commissariamento:
 - Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Calabria (nel 2016 tutte tranne l'Abruzzo sono rimaste commissariate)

Nel 2018

- 7 regioni sottoposte ai piani di rientro: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia, Sicilia

fonte: Ministero della Salute

- **Manovra Tremonti*** (Luglio 2008) ha previsto:
 - Tagli del personale
 - Riduzione dei posti letto ospedalieri
 - Ticket a carico anche delle categorie esenti nelle regioni in deficit
- Proteste delle regioni tutte contro questi tagli.
 - Tra i motivi: questa manovra andava in **direzione opposta** a quanto stabilito dal **Patto per la salute 2007-2009** che prevedeva invece un incremento del FSN del 3% dal 2008 al 2011 e somme aggiuntive per il rinnovo dei contratti dei medici e paramedici e per la copertura dei ticket sulle prescrizioni per la specialistica e diagnostica

*Ministro dell'economia e delle finanze nel governo di centro-destra guidato da Silvio Berlusconi

D.lgs. n. 68/2011

- Determina costi e fabbisogni standard per il SSN secondo criteri di finanziamento diversi da quelli adottati sino ad allora e secondo un meccanismo *top-down*:
 - ❖ Fissazione dell'ammontare di risorse necessarie per assicurare i LEA in condizione di efficienza e appropriatezza
 - ❖ Tale ammontare deve essere compatibile con le esigenze generali di finanza pubblica
 - ❖ Fissato, esso viene ripartito tra le regioni
 - ❖ Per la determinazione dei fabbisogni standard regionali si applicano i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento
 - ✓ scelta da parte del ministero della salute delle regioni di riferimento: secondo criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza (le migliori) e garantendo la rappresentatività territoriale di nord, centro e sud
 - ✓ Determinazione dei costi standard: riguardano la determinazione dell'ammontare ideale di risorse per assicurare le prestazioni essenziali

Patto per la salute **2014-2016** tra stato-regioni

- Dopo anni di tagli, certezza per le regioni del budget a loro disposizione per poter avviare una programmazione triennale
- Tra gli obiettivi: riorganizzare la medicina del territorio attribuendo ruolo chiave ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio
- Ha aggiornato i LEA dove sono stati inserite anche le malattie rare
- Ha messo al centro la lotta agli sprechi e alle inefficienze per generare risparmi da reinvestire in salute

Il SSN nel decennio della crisi 1)

Conseguenze della grande recessione 2008-2009 nel settore sanitario

- Aumento della spesa sanitaria *out of pocket*: gli italiani pagano di tasca propria circa $\frac{1}{4}$ delle spese totali per la salute (questo conferma il progressivo spostamento del finanziamento sempre più a carico dei cittadini)
- Aumento del numero di famiglie che hanno rimandato o rinunciato alle cure per motivi economici: nel 2016 il 17,6% delle famiglie ha dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici (il fenomeno ha colpito di più il Sud Italia)

Il SSN nel decennio della crisi 2)

Conseguenze della grande recessione 2008-2009 nel settore sanitario

- Due dimensioni della politica sanitaria di questo periodo
- 1) essa è stata condizionata dall'azione di governo di due diversi ministeri:
 - a) Non solo dal ministero della Salute (fino al 1999 d.lgs. n. 300 della Sanità)
 - b) Ma anche e in misura molto rilevante da quello dell'Economia e delle Finanze:
 - ✓ peso delle politiche di bilancio e della scarsità delle risorse, la questione finanziaria rimane centrale per la definizione delle decisioni sanitarie
 - ✓ tensioni tra i due ministeri
 - c) Anche l'Unione Europea ha spinto e spinge tuttora a indirizzare i paesi membri a tenere sotto controllo la spesa e i conti pubblici
- 2) Sempre più la politica sanitaria è decisa o con l'apporto delle regioni o direttamente a livello regionale.
 - Ciò aumenta il grado di differenziazione dell'offerta sanitaria

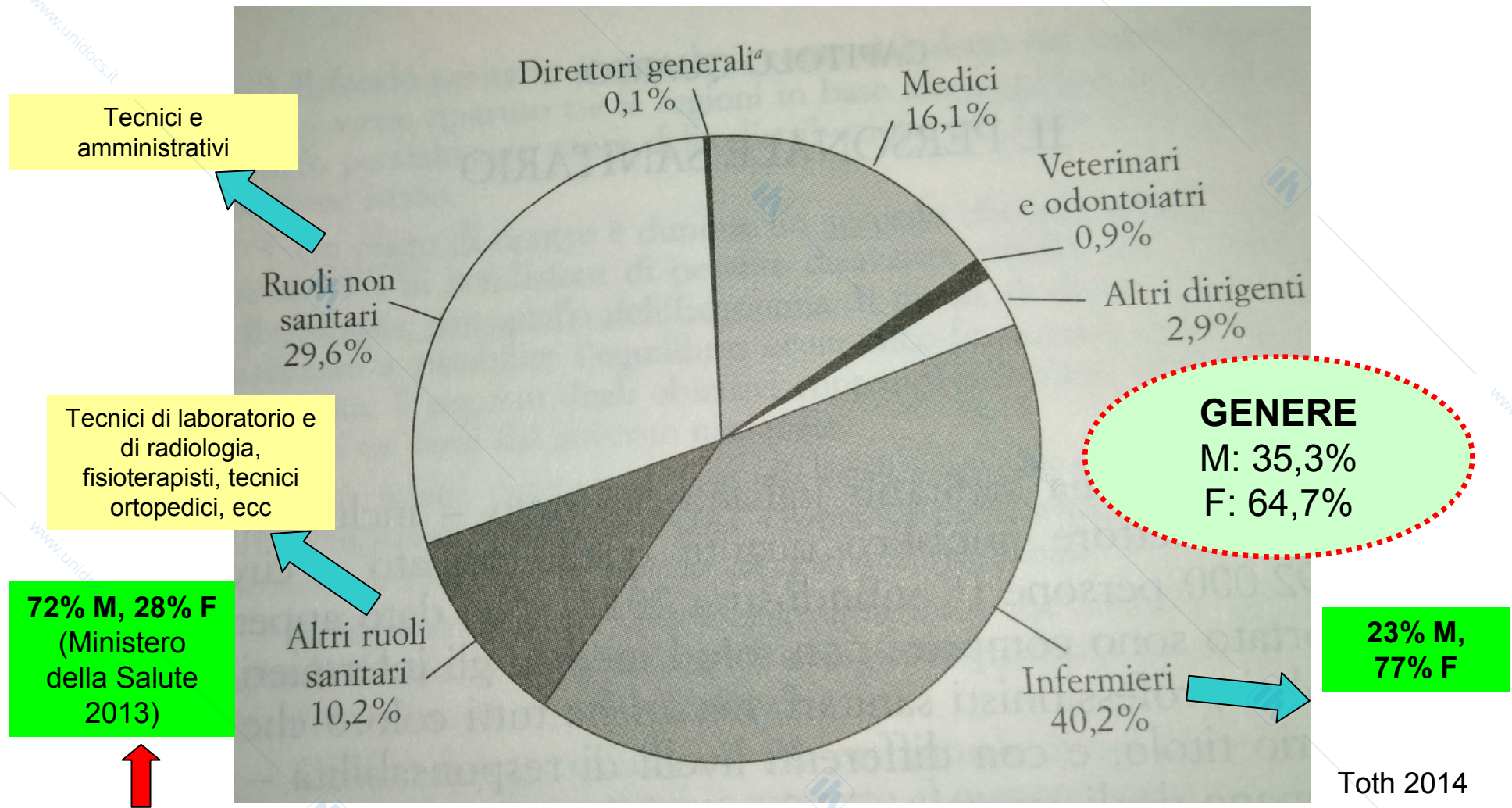
Il personale sanitario

Fatto 100% tutto il personale impiegato nei servizi sanitari:

- Circa il 55% è dipendente del SSN
- 30% lavora in regime convenzionato o di accreditamento con il SSN
- Il 14,3% del personale impiegato nel comparto sanitario lavora nel “privato-privato” (non convenzionato cioè)

L'85% circa quindi lavora nel SSN “allargato”

Il personale del (solo) SSN



N.B. medici di famiglia e pediatri di libera scelta non sono dipendenti del SSN, sono liberi professionisti convenzionati con il SSN

Presente e futuro della politica sanitaria in Italia

Scarsità di fondi:

- Legge di Bilancio per il 2019 – governo Lega-M5s sembra destinata a mettere ancora di più in difficoltà il SSN
 - Solo +1 miliardo di euro in più rispetto al 2018 nel 2019 per il settore sanitario (da 113,4 a 114,4 miliardi)
 - Altro incremento nel 2020 e 2021 per un incremento complessivo di 4,5 miliardi in un triennio

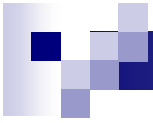
Regionalismo differenziato:

- ❖ e quindi disequaglianze/differenze tra regioni possono aumentare ulteriormente

Presente e futuro della politica sanitaria in Italia

Questioni aperte

- Ridefinizione della politica ospedaliera
- Potenziamento delle politiche sanitarie a livello territoriale
- Il decollo delle mutue sanitarie integrative (per rispondere alle esigenze di chi è disposto/a a pagare almeno una parte dei servizi)
- Ridefinizione delle regole per l'esercizio della libera professione
- La costituzione di un fondo per la non-autosufficienza (poco diffuse in Italia le misure private di long-term care)



La politica socioassistenziale



Domande di fondo

- Che cosa sono e in che modo si articolano?
- Quale è stato il loro sviluppo?
- Quali sfide per il futuro?

Argomenti trattati

- Concetti fondamentali
- Evoluzione e differenze tra paesi in Europa
- Nuovi rischi sociali e nuovi bisogni nella società postindustriale
- Riforme in Italia nel periodo 1995-2019
- Sfide per il futuro

Concetti fondamentali

■ Assistenza:

- Stare vicino a qualcuno per aiutarlo; assimilabile alla beneficenza e alla carità, dipende da atti di liberalità dei singoli, volontari e discrezionali

■ Assistenza sociale:

- deriva dalla strutturazione normativa degli interventi che genera *diritti sociali*
- **le politiche di assistenza sociali** sono le misure volte a:
 - promuovere **l'inclusione sociale** cioè l'ancoramento di individui e famiglie al tessuto sociale che li circonda, assicurando loro risorse e opportunità;
 - superare o contrastare situazioni di bisogno attraverso **prestazioni monetarie** e **servizi sociali** finanziati tramite la fiscalità generale



■ Prestazioni monetarie

- Interventi selettivi e residuali perché garantiti solo agli individui in stato di bisogno
- Prova dei mezzi per accertare lo stato di bisogno e l'impossibilità dell'individuo di farvi fronte con mezzi propri. Operativamente si accerta che la condizione economica dell'individuo (o dell'intero nucleo familiare), prendendo a riferimento il reddito (ma talora anche il patrimonio) sia inferiore a una soglia definita per legge
 - forte variabilità nelle forme e nelle caratteristiche che essa può assumere sia da paese a paese, sia per istituti assistenziali differenti

■ Servizi sociali

- Esempi: asili nido, consultori, centri diurni per anziani e portatori di handicap, servizi domiciliari etc.
- La fruizione è aperta a tutti (salvo la previsione di priorità di accesso e/o quote di compartecipazione al costo del servizio differenziate per favorire le fasce più deboli)

Misurare la povertà

■ Povertà **assoluta**

- Sono poveri tutti coloro che non possono permettersi un paniere di beni e servizi ritenuti essenziali

■ Povertà **relativa**

- Sono poveri tutti coloro che hanno molto meno rispetto agli altri membri della comunità in cui vivono
 - Eurostat: sono poveri tutti coloro che appartengono a nuclei familiari che hanno un reddito disponibile inferiore al 60% del reddito mediano del paese (soglia di povertà relativa)

I limiti della selettività

- Gli interventi selettivi e residuali tipici dell'assistenza sociale hanno vantaggi:
 - Consentono un risparmio rispetto ai programmi universalistici

Tuttavia presentano anche **limiti**:

- 1) “trappola della povertà”
- 2) stigma
- 3) asimmetrie informative
- 4) alti costi amministrativi

Trappola della povertà

- Scatta quando per un potenziale beneficiario di una prestazione soggetta alla prova dei mezzi diventa svantaggioso accettare un lavoro
- In questo modo il sistema di assistenza sociale può esso stesso generare dipendenza
- Per contrastare la dipendenza economica dall'assistenza, dagli anni '90 in poi del XX secolo i trasferimenti monetari in molti paesi sono stati agganciati a meccanismi di attivazione dei richiedenti:
 - Condizionalità
 - Workfare

Stigma

- Costi psicologici legati al doversi sottoporre a una prova dei mezzi: le procedure di verifica dello stato di bisogno possono essere percepite dai potenziali beneficiari come umilianti e stigmatizzanti
 - Fare domanda per una prestazione diretta ai poveri implica l'accettare che il proprio stato di indigenza sia socialmente riconosciuto
 - Non take up

Asimmetrie informative

■ Funzionari pubblici

- Possono avere difficoltà a ricostruire la reale condizione economica e di bisogno dei richiedenti

■ Potenziali beneficiari

- Possono non avere informazioni adeguate sui programmi attivati e le modalità di accesso alle prestazioni (disagio economico ma anche culturale ad es.)
- Errori di inclusione ed esclusione (questioni di (in)giustizia sociale)




Alti costi amministrativi

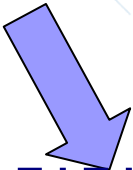
- Le procedure per il *means test* e per individuare gli aventi diritto dai non aventi diritto sono particolarmente onerose in termini amministrativi e gestionali
- Questo infatti richiede la capacità di accertare lo stato di bisogno dei richiedenti
 - Nei paesi in cui tale capacità è più debole, i rischi di un utilizzo improprio e manipolazioni clientelari sono maggiori
- Categoricalità come strategia per ridurre tali costi:
 - Permette di “selezionare i destinatari di un intervento assistenziale” (ad es. i giovani, gli anziani, le famiglie numerose ecc) e di raggiungere le persone in stato di bisogno senza sottoporle alla prova dei mezzi stigmatizzante e riducendo anche i costi amministrativi

Attori coinvolti nell'assistenza sociale e logiche di intervento


- Il sistema di *governance* del settore socioassistenziale si caratterizza per una molteplicità di attori coinvolti e di livelli di governo dando luogo a diverse combinazioni di **sussidiarietà verticale** e **orizzontale**.



livelli di governo coinvolti nella governance degli interventi. La gestione delle politiche socioassistenziali è di solito decentrata a livello subnazionale e/o locale (es. Italia) mentre il livello centrale resta competente nel fissare le linee di indirizzo e i principi guida per i territori.



Soggetti coinvolti sul lato dell'offerta: pubblici (stato), famiglia, soggetti del privato sociale (terzo settore). Fa riferimento alla ripartizione di ruoli e responsabilità tra soggetti pubblici e famiglia, terzo settore o altri soggetti. Qui appare centrale la nozione di **DEFAMILIZZAZIONE**



Sussidiarietà orizzontale: relazione stato-famiglia

- **Defamilizzazione** = «Grado in cui un individuo adulto può condurre uno standard di vita accettabile indipendentemente dalle relazioni familiari attraverso il lavoro e/o le prestazioni sociali» Lister 1999, p. 37
- A seconda della forma che la sussidiarietà orizzontale assume in un dato sistema di welfare Esping-Andersen (1999) ha individuato 2 modelli polari con riferimento al **rapporto tra stato-famiglia**:
 - 1) **Sistemi familisti** – paesi del Sud Europa (Italia, Spagna, Grecia)
Def.: Lo stato assume che le famiglie siano il luogo privilegiato per la soddisfazione dei bisogni dei propri componenti riconoscendo per sé solo una funzione sussidiaria, relegata ai casi in cui la famiglia non riesce ad assolvere il proprio ruolo di ammortizzatore sociale
 - 1) **Sistemi defamilisti** – paesi del Nord Europa (es. Danimarca e Svezia)
Def.: lo stato mira a sgravare le famiglie dalle funzioni di ammortizzatore sociale assumendo su di sé maggiori responsabilità attraverso gli interventi pubblici (rete sviluppata di servizi sociali e prestazioni monetarie a sostegno di rischi e bisogni lungo tutto il ciclo di vita)

Sussidiarietà orizzontale: interazione stato-terzo settore

- Ascoli e Ranci (2003) individuano 4 modelli di integrazione in Europa, distinti in base a due dimensioni:
 - a) il ruolo più o meno ampio assegnato al terzo settore
 - b) e il grado di dipendenza finanziaria del terzo settore dall'attore pubblico
- 1. Sussidiarietà attiva (es. Germania)
- 2. Prevalenza del terzo settore (es. Italia)
- 3. Prevalenza dello stato (es. settore dell'assistenza residenziale in Francia)
- 4. Prevalenza del mercato (es. UK)

Panoramica storica

Dalle leggi sui poveri alla promozione dell'inclusione sociale

- Origini dell'assistenza sociale:
 - 1601 Inghilterra “legge sui poveri” “tassa sui poveri”:
 - alla comunità viene imposto di farsi carico degli indigenti:
 - Poveri inabili al lavoro (anziani e invalidi)
 - Poveri abili al lavoro
 - Legge sul domicilio: alle parrocchie si impone di “tenersi” ciascuna i propri poveri impedendo loro di cambiare domicilio (disposizioni fortemente limitative delle libertà individuali)
 - Ciò incontrò il favore dell'aristocrazia ma non della nascente borghesia che era interessata alla mobilità della forza lavoro

Legge sui poveri

- Trattamento differenziato per
 - Poveri meritevoli: inabili al lavoro
 - E poveri non meritevoli: abili al lavoro

Ps. Legge sui poveri non solo in UK ma anche nei paesi scandinavi

Nei paesi continentali e in quelli del sud EU invece: cattolicesimo sociale e principio di sussidiarietà

Erano costretti ad accettare qualsiasi lavoro a condizioni poco vantaggiose, altrimenti sarebbero stati "internati" nelle workhouses (di fatto istituti di pena)

Interventi di seconda generazione

1)

- Sia la tradizione di intervento a favore dei poveri inglese/scandinava (leggi sui poveri) che quella dei paesi dell'Europa continentale e meridionale (cattolicesimo e sussidiarietà) erano accomunate da una concezione dell'assistenza ai poveri come fatto paternalistico (benevola concessione non diritto) volto a redimere e rieducare: **i poveri abili al lavoro infatti erano considerati responsabili della loro condizione**
- Solo successivamente nel XX secolo maturò la *consapevolezza che la povertà può avere origine dalle caratteristiche intrinseche del sistema socioeconomico e dai fallimenti del mercato* (quindi nuove giustificazioni etiche degli interventi di assistenza ai poveri).

Interventi di seconda generazione

2)

- Vengono quindi introdotti nuovi **schemi di tutela del reddito** di stampo **universalistico** tra fine '800 e soprattutto inizi '900 nei paesi del nord EU e in Inghilterra ad es.
- Durante la **fase espansiva** del welfare state nascono nuovi tipi di prestazioni e servizi socioassistenziali di “**seconda generazione**”:
 - Da un lato essi intendono colmare lacune nel grado di copertura degli schemi assicurativi (basati sui contributi): es. **Reddito minimo garantito** (in Italia pensione sociale nel 1969)
 - Dall'altro l'obiettivo è adeguarsi alle trasformazioni del m.d.l. e della famiglia
- Assistenza sociale cambia volto: non più risposta paternalistica ma sostegni agli individui e alle famiglie in ottica di empowerment e di promozione dell'inclusione sociale

Interventi di seconda generazione

3)

- A partire dagli 60-70 del XX secolo iniziano a diffondersi **servizi territoriali** per dare supporto ai vari bisogni legati al ciclo di vita.
- Espansione dei servizi sociali.
- Cresce la spesa per assistenza sociale soprattutto a partire dagli anni '80



A partire dagli anni '70: strategia del decentramento di competenze e funzioni ai livelli sub-nazionali e locali (in Italia alle regioni) come risposta in particolare al sovraccarico dei governi centrali (di funzioni e istanze) e perché il decentramento viene visto anche come vantaggioso per due ragioni in particolare:

- a) Consente maggiore efficienza nella gestione dei servizi pubblici ed efficacia nell'implementazione delle politiche nazionali
- b) Consente al centro di passare ad altri il peso delle scelte politicamente costose (e "impopolari")

Paesi del Sud Europa 1)

- **Arretratezza rispetto ai paesi dell'Europa del Nord e continentale sia con riguardo alle prestazioni minime di garanzia del reddito sia con riguardo ai servizi sociali**
 - Per quanto riguarda le prestazioni minime di garanzia del reddito solo nel 1997 viene introdotto in Portogallo uno schema di questo tipo e ancor più tardi (solo recentemente) in Spagna e Italia (RDC)
 - Per quanto riguarda i servizi sociali alle famiglie, agli anziani e ai disabili il ritardo maturato negli anni '70-'80 del XX secolo persiste tuttora.

Paesi del Sud Europa 2)

Ragioni dell'arretratezza.


Due dal lato della **domanda**:

- 1) Familismo
- 2) Mercato del lavoro periferico/economia sommersa

Due dal lato dell'**offerta**

- 3) Debolezza delle istituzioni statuali
 - elevato particolarismo, sia sul versante delle erogazioni, sia sul versante del finanziamento
 - basso grado di statualità (*stateness*)
- 4) Timing dell'intervento pubblico

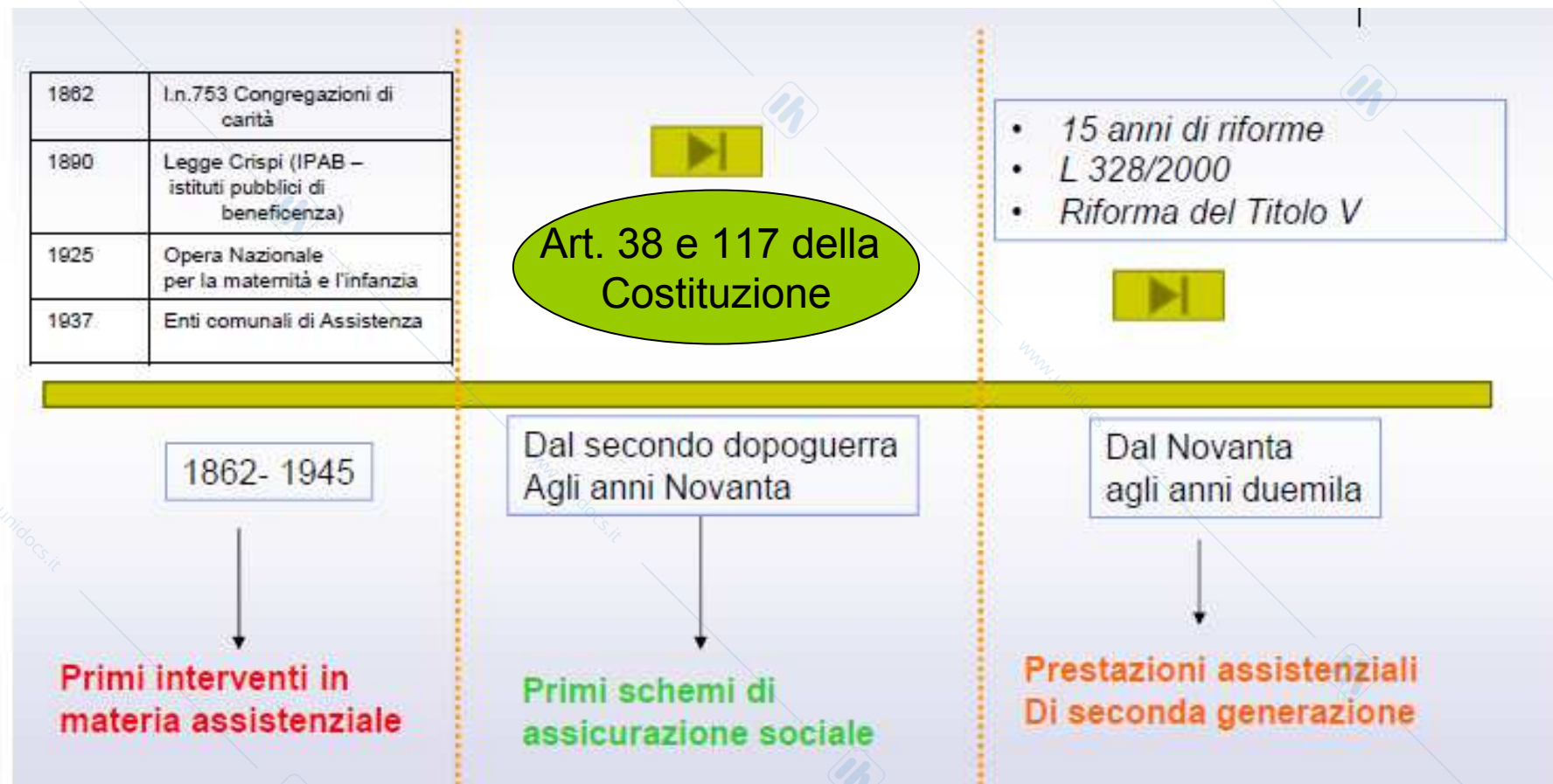
- mancanza di una rete di protezione di ultima istanza
- ritardo strutturale nello sviluppo di servizi sociali



Focus sull'Italia: l'evoluzione dell'assistenza sociale in Italia

- Dalle origini alla caduta del regime fascista
- Dal secondo dopoguerra ai primi anni Novanta
- Dagli anni Novanta agli anni Duemila

Tappe fondamentali dello sviluppo delle politiche socio-assistenziali in Italia



L'evoluzione delle politiche di assistenza sociale in Italia. I principali interventi nel periodo 1945-1990

1952	Introduzione del Trattamento di integrazione al minimo delle pensioni (L. 218/1952)
1955	Testo unico delle norme concernenti gli assegni familiari (d.p.r. 797/1955)
1968	«Legge Mariotti» sull'assistenza ospedaliera (L. 132/1968)
1969	Introduzione della pensione sociale (L. 153/1969)
1971	Introduzione della pensione di invalidità civile (L. 118/1971) Piano quinquennale per l'istituzione di asili-nido comunali con il concorso dello Stato (L. 1044/1971)
1977	Decentramento delle competenze amministrative a regioni ed enti locali (d.p.r. 616/1977)
1980	Introduzione dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980)
1983	Revisione del trattamento di integrazione al minimo delle pensioni (L. 638/1983)
1988	Revisione dei trattamenti di famiglia e introduzione dell'assegno al nucleo familiare (L. 153/1988)
1989	Introduzione presso l'INPS della Gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alla gestioni previdenziali (GIAS) (L. 88/1989)

L'assistenza sociale e le sfide della società post-industriale

Nuovi rischi e nuovi bisogni: la nuova salienza degli interventi socio-assistenziali

Trasformazioni socio-demografiche:

- invecchiamento della popolazione
- crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro
- trasformazioni della famiglia

Trasformazioni dell'economia e del mercato del lavoro:

- disoccupazione
- carriere discontinue

Si assiste ad *aumento del rischio di povertà e a una sua trasformazione*



Le principali cause dell'arretratezza italiana

Fattori comuni con gli altri paesi sud-europei:

- Ruolo della famiglia (*familismo*, causa o conseguenza?)
- Peso dell'economia informale
- Deboli capacità istituzionali

Ma anche:

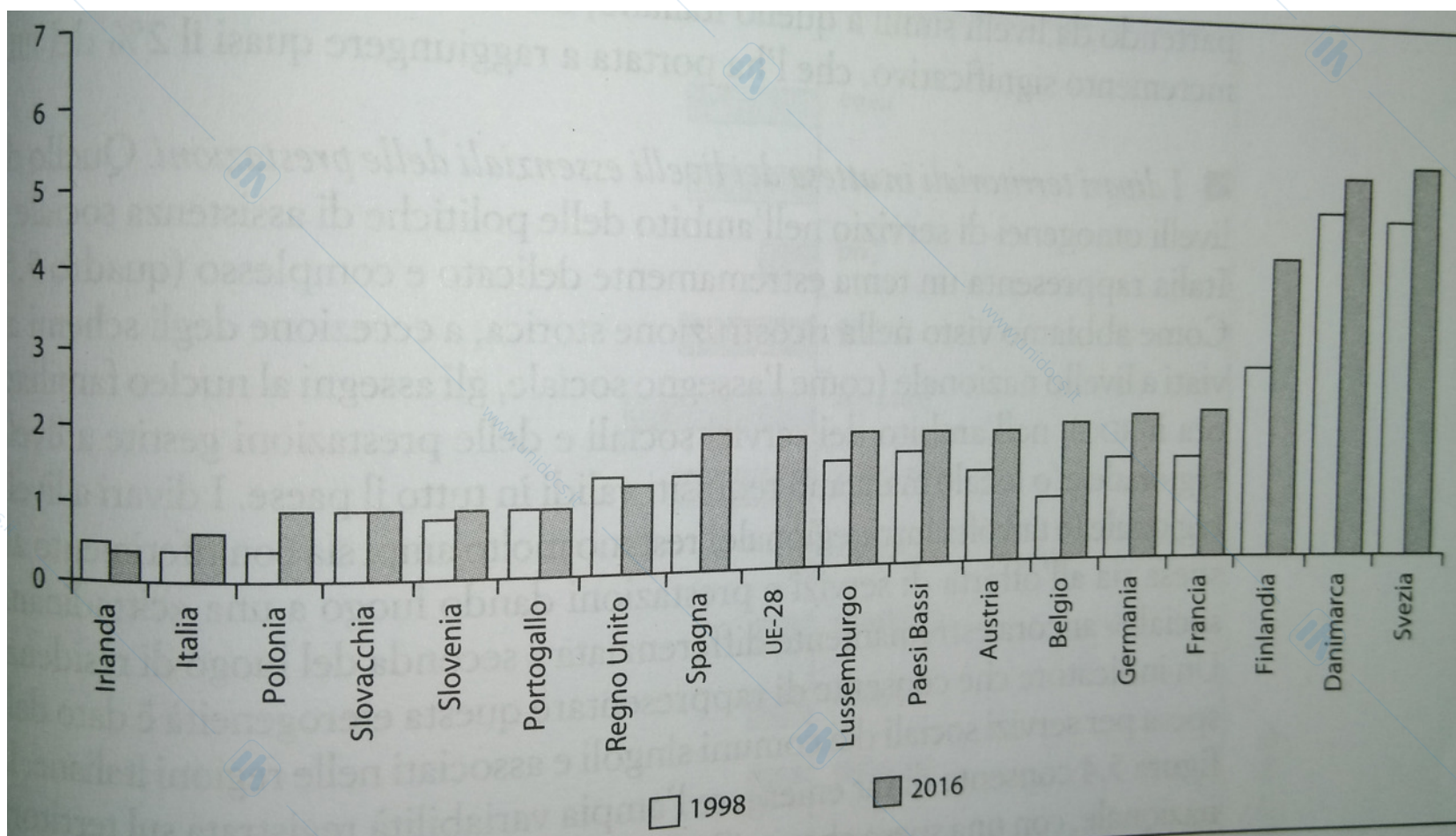
- Polarizzazione ideologica
- Ostacoli istituzionali

Le lacune originarie del sistema socio-assistenziale italiano

- Normativa di settore lacunosa a livello nazionale e disomogenea e frammentata a livello regionale e locale
- Mancanza di una rete di protezione sociale di base (es. RMG - Reddito minimo garantito)
- I diritti soggettivi esistenti sono:
 - categoriali
 - sbilanciati verso i trasferimenti monetari, a discapito dei servizi
 - scarsamente efficaci ed efficienti nel ridurre la povertà
- Misure di sostegno solo su base locale, caratterizzate da:
 - forte discrezionalità nella definizione dei criteri di accesso
 - alta frammentazione settoriale
 - disomogeneità qualitativa, quantitativa e geografica dell'offerta

Il confronto con altri paesi EU

Spesa per servizi in alcuni paesi europei in % del PIL – Ferrera 2019 p. 313



Divari territoriali

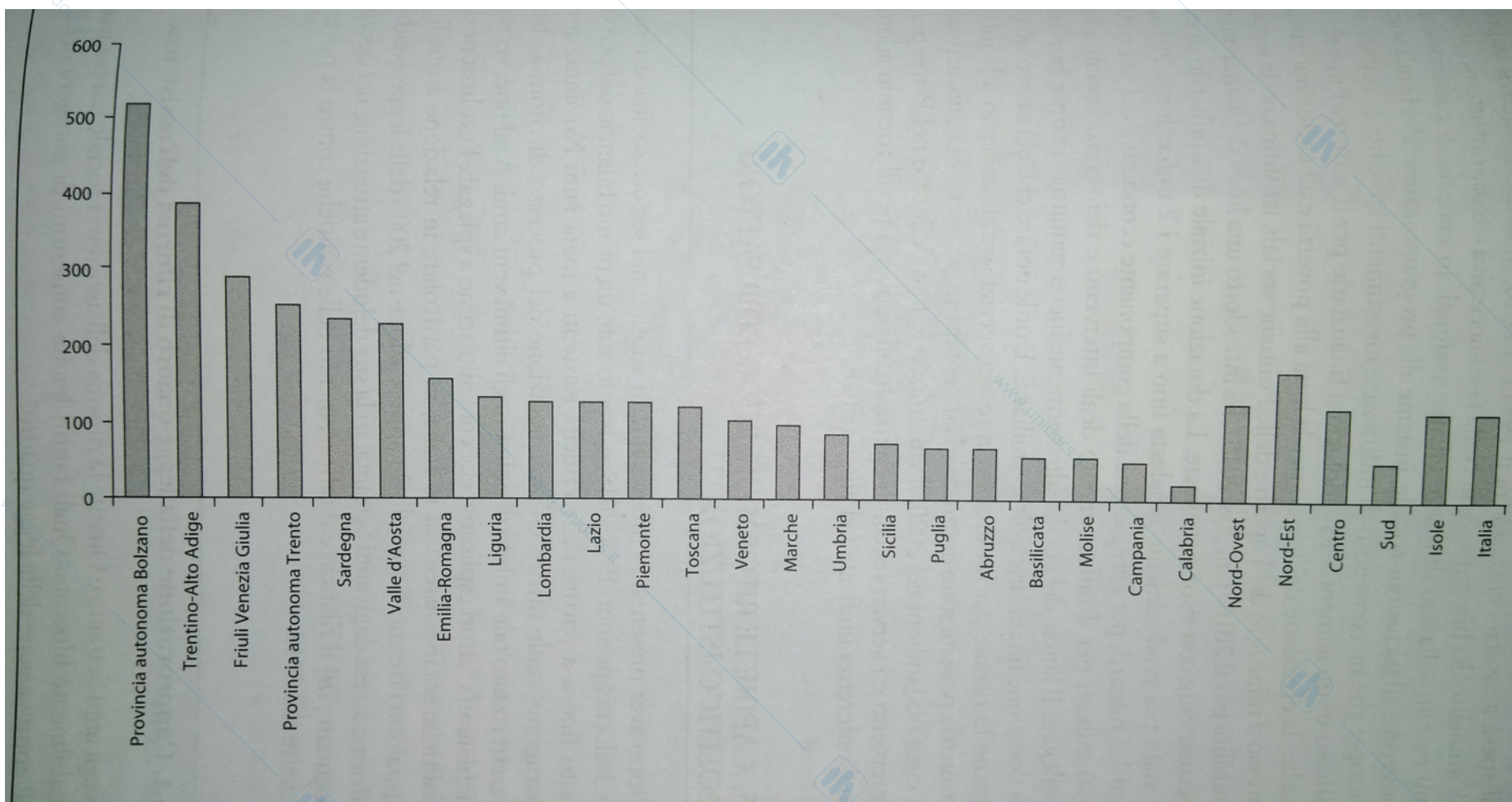


fig. 5.4. Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica, 2016 (in euro).

Fonte: ISTAT.

Ferrera 2019

Le riforme degli anni Novanta e Duemila

TAB. 5.4. I principali interventi di riforma in materia socioassistenziale, 1997-2019

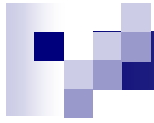
	PROVVEDIMENTI
1997-1998	Assegno di maternità per le madri sprovviste di copertura assicurativa Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori Lancio della sperimentazione del reddito minimo di inserimento per il biennio 1999-2000 Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione Introduzione dell'indicatore della situazione economica Introduzione del Fondo nazionale per le politiche sociali L.n. 287 su infanzia e adolescenza
2000	Legge quadro di riforma dell'assistenza sociale Estensione della sperimentazione del reddito minimo di inserimento per il biennio 2001-2002
2001	Riforma del Titolo V della Costituzione
2002	Incremento delle pensioni minime Incremento delle detrazioni per i familiari a carico Bonus nuovi nati
2007	Bonus incapienti Istituzione del Fondo nazionale per la non-autosufficienza Avvio del Piano straordinario nidi 2007-2009 Detrazione per le famiglie con almeno quattro figli
2008	Bonus fiscale Carta acquisti
2012	Introduzione della nuova carta acquisti
2014	Introduzione del Sostegno per l'inclusione attiva
2015	Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti, meglio nota come «La Buona scuola»
2015	Istituzione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale
2016	Riforma ed estensione del Sostegno per l'inclusione attiva
2017	Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino a 6 anni Introduzione del Fondo nazionale per il sistema integrato di educazione e di istruzione Introduzione del Reddito di inclusione
2019	Introduzione del Reddito di cittadinanza

Fonte: Nostra elaborazione.

La L. 328/2000: i principi

- a) universalità dell'accesso alle prestazioni (con priorità per i soggetti in condizione di bisogno economico, di inabilità psichica o fisica)
- b) sistema integrato di servizi e interventi sociali (integrazione fra politiche, fra livelli di governo, fra enti pubblici e terzo settore)
- c) enfasi sulla sussidiarietà (leggi Bassanini sul decentramento amministrativo e principio di sussidiarietà)
- d) enfasi sulla programmazione per la governance del settore a tutti i livelli di governo (Piano Sociale Nazionale, Piani Regionali e Piani di Zona)
- e) incremento dei servizi a complemento dei trasferimenti monetari
- f) introduzione dei "Livelli essenziali delle prestazioni" (che fungono da livelli di base omogenei per tutto il territorio nazionale al fine di garantire un'uniformità di base dell'intervento)

N.b. come approfondimento leggere testo della **Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"** in Moodle (sezione "Materiali vari per approfondimenti")



Fattori facilitanti:

- sentenza della Corte costituzionale del 1988 (che dichiarò l'incostituzionalità dell'art. 1 della legge Crispi del 1890)
- alterazione degli equilibri di potere che avevano caratterizzato la Prima Repubblica (via Mani Pulite e Tangentopoli)

Fattori specifici:

- emergere di un fronte politico pro-riforma (primo governo di centro-sinistra della Seconda Repubblica)
- Livia Turco come "imprenditore di policy"
- Dinamiche di "policy learning"

La mancata attuazione della riforma: un'interpretazione

- revisione del Titolo V della Costituzione
- mancanza di un fronte politico pro-riforma
- stabile e determinato
- bassa salienza politica della questione socioassistenziale
 - scarse risorse di potere dei potenziali beneficiari
 - strutturale sotto-rappresentazione femminile nelle sedi decisionali
 - bassa mobilitazione sociale e politica su questi temi

La riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001)

- l'assistenza sociale diviene competenza *esclusiva* delle regioni
- lo Stato tuttavia è chiamato:
 - a determinare i Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale
 - a garantirne il rispetto (detiene “potere sostitutivo”)



Sfide future delle politiche socioassistenziali in Italia

- Il settore dell'assistenza sociale in Italia si presenta pletorico e lacunoso al tempo stesso:
 - Da un lato grande varietà di schemi assistenziali spesso categoriali
 - Dall'altro ancora lacune perché alcuni bisogni rimangono senza risposte adeguate: ad. politiche per l'infanzia e la non-autosufficienza

Innovazioni e incompiutezze

- Negli ultimi venti anni importanti sviluppi ma il processo di modernizzazione avviatosi non è del tutto compiuto.
- **Innovazioni principali:**
 - Riforma dell'assistenza sociale: L. quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
 - Ha ridisegnato gli strumenti di intervento pubblico in campo socioassistenziale ma anche gli obiettivi di fondo
 - Introduzione di alcune prestazioni:
 - Assegno per le famiglie con almeno tre figli minori a carico
 - Assegno di maternità per madri senza altra forma di supporto al reddito
 - Introduzione di nuovi strumenti volti a razionalizzare la governance del settore:
 - Introduzione dell'indicatore della situazione economica
 - E del Fondo nazionale per le politiche sociali
 - SIA – Sostegno per l'inclusione attiva
 - REI – Reddito di inclusione
 - RDC – Reddito di cittadinanza



- Criticità e sfide per il futuro
 - 1) Il raccordo tra il RDC, le altre prestazioni socioassistenziali e quelle a sostegno delle famiglie (incluso il sistema delle detrazioni e deduzioni) necessiterebbe di una riforma finalizzata a rendere l'intervento pubblico più meno frammentato, più coerente ed efficace nel proteggere contro i nuovi rischi e bisogni sociali
 - 2) Forti deficit di capacità istituzionali* (programmazione, decisione, monitoraggio e valutazione) soprattutto nelle regioni del Sud Italia. Occorre rafforzarle sia a livello centrale che decentrato e nei rapporti tra i due per promuovere la modernizzazione del sistema di welfare italiano

*Capacità istituzionali = è la capacità di un sistema di azione collettiva attraverso dinamiche interattive di elaborare risposte soddisfacenti a sfide poste dall'ambiente; di trasformare tali risposte in decisioni politiche; di implementare le decisioni e infine di apprendere dall'esperienza (Ferrera e Sacchi 2004, p. 4)