

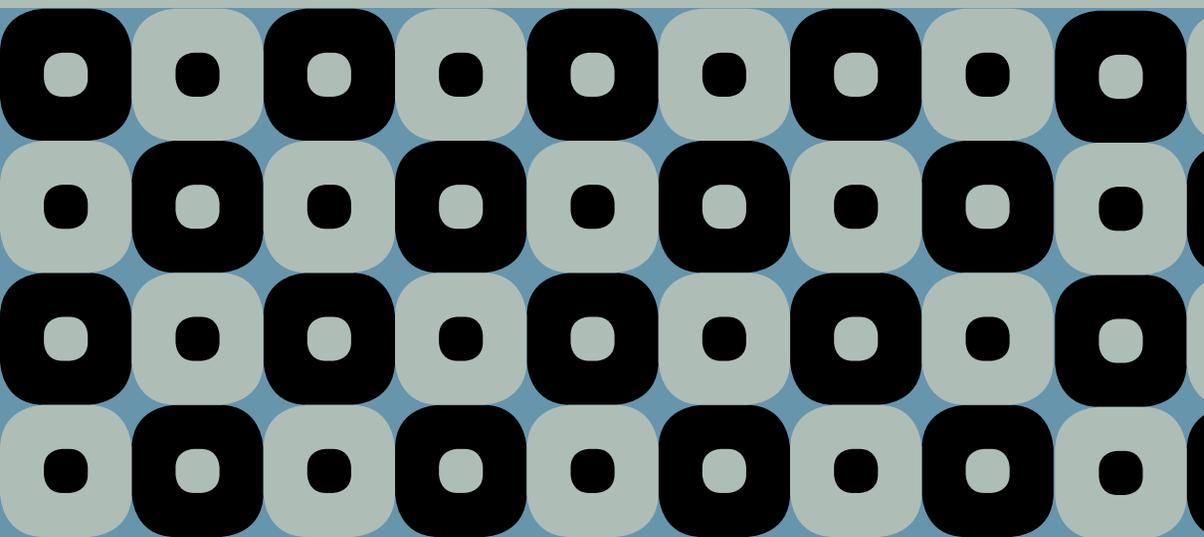
Politiche sociali 5

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di
Alessandra Sannella e Franco Toniolo



Edizioni
Ca' Foscari



Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana diretta da
Stefano Campostrini

5



Edizioni
Ca' Foscari

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)

Direttore scientifico

Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Comitato scientifico

Luigi Benvenuti (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Silvio Giove (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Fabrizio Panozzo (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Dino Rizzi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Gaetano Ziliograndi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Alex Robertson (The University of Edinburgh, Scotland, UK)

David McQueen (Emory University, Atlanta, USA)

Direzione e redazione

Dipartimento di Economia

Università Ca' Foscari Venezia

Fondamenta San Giobbe, Cannaregio 873

30121 Venezia

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di

Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Venezia

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

2015

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation
Alessandra Sannella, Franco Toniolo (a cura di).

© 2015 Alessandra Sannella, Franco Toniolo

© 2015 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing per la presente edizione

Qualunque parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di recupero dati o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, senza autorizzazione, a condizione che se ne citi la fonte.

Any part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without permission provided that the source is fully credited.

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia

Dorsoduro 3246

30123 Venezia

<http://edizionicafoscari.unive.it/>

ecf@unive.it

1a edizione settembre 2015

ISBN 978-88-6969-032-7 (pdf)

Progetto grafico di copertina: Studio Girardi, Venezia | Edizioni Ca' Foscari

Certificazione scientifica delle Opere pubblicate da Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: tutti i saggi pubblicati hanno ottenuto il parere favorevole da parte di valutatori esperti della materia, attraverso un processo di revisione anonima sotto la responsabilità del Comitato scientifico della collana. La valutazione è stata condotta in aderenza ai criteri scientifici ed editoriali di Edizioni Ca' Foscari.

Scientific certification of the works published by Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: all essays published in this volume have received a favourable opinion by subject-matter experts, through an anonymous peer review process under the responsibility of the Scientific Committee of the series. The evaluations were conducted in adherence to the scientific and editorial criteria established by Edizioni Ca' Foscari.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Sommario

Sen. Emilia Grazia De Biasi Sistemi socio-sanitari	9
Alessandra Sannella, Franco Toniolo Introduzione	11
INTERVENTI	
Carmine Clemente Verso quali diritti sociali nelle attuali dinamiche di welfare?	21
Cleto Corposanto, Beba Molinari Rilevare dati sul web: la cassetta degli attrezzi 2.0	33
Leonardo Altieri Progettazione e valutazione, tra 'buone prassi' e web	51
Alessandra Sannella Innovazione e sanità nel dibattito dello spazio europeo	67
Franco Toniolo Riflessioni sui sistemi sanitari e le nuove sfide	75
Pietro Paolo Guzzo Pensare la crisi tra sociologia e politiche di social innovation Appunti sul mutamento nei sistemi sanitari	81

ESPERIENZE

- Anna Apicella, Elio Garbarino, Lucia Tulimiero
Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese: verso una organizzazione resiliente 99
- Silvia Cervia
Quando la partecipazione promuove social innovation: il caso del Consejo de Salud catalano 113
- Cordella Barbara, Greco Francesca, Natalia De Nigris, Angelita Castellani
La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma 133
- Rocco Di Santo
L'attività redistributiva dei servizi di welfare 153
- Maria Grazia De Vivo
Soli mai! 159
- Maria Femiano, Roberta Pelliccia
Metodologie e strumenti di lavoro per la riprogettazione e implementazione di un nuovo modello aziendale di Porta Unitaria di Accesso (PUA) 167
- Lucia Ferrara, Verdiana Morando, Alessandro Colombo
Cure a casa: indicazioni di policy per innovare l'integrazione socio-sanitaria 179
- Nadia Lodi
Riannodando i fili...
Un'analisi sociologica della Casa contro la violenza alle Donne di Modena 195
- Tiziana Mangarella
La costruzione della cultura della prevenzione in preadolescenza e adolescenza 203
- Pasquale Marino
La farmacia sociale
Un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni del cittadino 223

Giulia Palazzolo	
Le Società della Salute oltre la sperimentazione	
Innovazioni organizzative nel sistema socio-sanitario toscano	231
Claudio Poggi, Giovanni Fiore, Antonello Taranto	
Stili di vita e consumo di alcol secondo una ricerca condotta tra gli anziani della provincia di Bari	243
Giuseppe Tribuzio	
Solidarietà e comunità nell'integrazione socio-sanitaria	259
Appendice	
Storia della SISS	273
Profili degli Autori	275

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Verso quali diritti sociali nelle attuali dinamiche di welfare?

Carmine Clemente (Università degli Studi di Bari «Aldo Moro», Italia)

Abstract The debate on welfare systems, in the current context, requires a comparison with the political theme of sustainability-compatibility both on a national and a European level. Health, in Italy, is a fundamental social right of the Individual, considered both as a human being and as a person belonging to a system organized in society. The implementation of this principle is a general interest of the entire society; nevertheless, the economic crisis and the welfare systems, widespread throughout Europe, are weakening the protection of this right. The risk that can result is the increase in inequality, especially in contexts of greater social vulnerability. The evolution of the welfare system, the expansion of freedom and individual rights' claim point at a possible contradiction with the concept/value of solidarity. Thus, there comes a model of society characterized by its urging the financial sustainability of the welfare state and the risk of reduction of the rights to health and social services.

Sommario 1. Introduzione. – 2. L'attuale contesto socio-economico. – 3. Tendenze e prospettive di welfare. – 4. Diritti sociali e solidarietà. – 5. Considerazioni conclusive.

Keywords Welfare systems. Sustainability. Health.

1 Introduzione

I cittadini delle nostre società avanzate non accettano rinunce alle loro libertà per conseguire più elevati standard di tutela e protezione dai rischi. Quando il perseguimento della sicurezza sociale entra in rotta di collisione con l'allargamento degli spazi di libertà, è l'efficienza stessa a risentirne. Emerge, così, un modello di società che, ponendo l'esigenza primaria della sostenibilità finanziaria dello stato sociale, mette in discussione il mantenimento dei diritti ai servizi socio-sanitari.

In questo contesto di rielaborazione razionale della spesa pubblica secondo una visione economicistica – per cui non è più possibile pensare di poter garantire tutti i bisogni di salute – si registrano il cambiamento e la messa in discussione del welfare, dei modelli di welfare e dei principi di cittadinanza e sussidiarietà.

2 L'attuale contesto socio-economico

Ancor prima di analizzare i diritti della persona, e in particolare quello alla salute, che viene descritto dalla Costituzione italiana come fondamentale (ex art. 32), è necessario soffermarsi sulla situazione sociale ed economica che riguarda sia l'Italia sia i Paesi dell'Unione Europea, e sull'impatto che essa sta avendo sui sistemi di welfare.

Un primo punto di dibattito che tiene alta l'attenzione nei contesti internazionali riguarda la tutela della salute e l'apparente paradosso che coinvolge prioritariamente due dimensioni: il progresso scientifico e tecnologico – che è in grado di affrontare e risolvere problematiche sempre più complesse riguardanti la salute e il progressivo invecchiamento della popolazione – e la crescita esponenziale dei bisogni di salute e di assistenza. Se nel decennio che seguì il secondo conflitto mondiale la mortalità precoce e le sue cause erano considerate uno dei prioritari problemi socio-sanitari, oggi, paradossalmente sta diventando un problema questo nostro 'vivere a lungo'.

Questo dibattito conduce, inevitabilmente, ad affrontare il tema politico della sostenibilità-compatibilità dei sistemi di welfare.

Un secondo punto di dibattito è costituito dalla politica economico-monetaria dell'Unione Europea e dal vincolo imposto (fiscal compact) ai governi nazionali nel rispettare misure rigorose per quanto concerne il livello di finanziamento, di disavanzo e di spesa pubblica, che ha portato alla riduzione dei servizi di assistenza in tutti i Paesi europei, specie nel settore della cura, dell'assistenza a lungo termine e dei servizi per gli anziani. Si tratta di un processo antecedente e indipendente dalla recessione economica degli ultimi anni che ha inciso ulteriormente sul livello della spesa pubblica per l'attuazione dei sistemi di protezione sociale.

Questo dibattito conduce soprattutto a due temi politici tra loro collegati. Gli Stati europei e l'UE sono chiamati a garantire effettività sia dei diritti di cittadinanza sociale, previsti nelle rispettive Costituzioni, sia di azioni di protezione, inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze in ambito europeo. Se la politica è chiamata, in un primo momento, a fare delle scelte e a darsi delle priorità, parimenti è chiamata a un'operazione di razionalizzazione delle risorse che, anche attraverso l'elaborazione di nuovi modelli di governance, sia in grado di assicurare maggiore efficienza ed efficacia, in special modo, per i servizi socio-sanitari.

Su questi due temi principali seguirà un'analisi più approfondita che terrà conto, naturalmente, dell'evoluzione dei sistemi di welfare nella transizione verso la cosiddetta modernità, caratterizzata dall'ampliamento delle libertà e dalla rivendicazione di diritti individuali, interpretati spesso in antinomia con il concetto-valore della solidarietà.

3 Tendenze e prospettive di welfare

Nella transizione verso la fase postfordista, per A. Giddens nasce l'esigenza - da sempre il *proprium* dei vari istituti del welfare - di proteggere il cittadino dalle avversità connesse agli andamenti erratici del ciclo economico e agli eventi dei corsi di vita (Dewilde 2003) delle persone (perdita del lavoro, perdita della salute, solitudine).

A tal proposito, Giddens (1997) mostra, con dovizia di particolari, come il passaggio dal rischio esogeno a quello endogeno obblighi a pensare in termini di un sistema di «welfare positivo», capace cioè di aggredire i problemi «della politica della vita», attraverso una mobilitazione di decisioni di vita. Il passaggio dalla fase fordista a quella postfordista della società industriale ha mutato, e sta mutando, la natura propria dei rischi che lo stato sociale ha inteso, fin dall'origine, combattere. Non a caso l'arco temporale che va dal secondo dopoguerra ai primi anni Settanta del secolo scorso è stato definito welfare fordista (Rodger 2000, p. 27), ossia come periodo caratterizzato da un modello di stato sociale di tipo europeo, che riusciva, come sistema pubblico, a garantire sicurezza sociale in un contesto di piena occupazione e sviluppo economico. Lo Stato è legittimato, in questo quadro, a occuparsi di compiti che tradizionalmente spettavano alla famiglia o alle comunità locali.

Allo stesso tempo, però, il processo di modernizzazione ha colpito il principio di solidarietà nelle società occidentali, mettendo in moto un aumento dell'individualismo, all'interno di una cornice di riferimento che non può prescindere dalla libertà e dalla responsabilità individuale e collettiva.

In questo senso, il welfare state moderno, secondo l'interpretazione di M. Ignatieff, viene visto come un tentativo di conciliare l'antinomia della libertà e della solidarietà (1990, p. 136), due valori fondamentali alla base della democrazia, che però sembrano descrivere mondi sociali diversi. La visione solidaristica della vita sociale può sembrare, apparentemente, limitativa della libertà; in realtà, a ben vedere, si può affermare che la conquista delle libertà individuali, prima fra tutte quella dal bisogno, sia stata la conseguenza positiva dell'affermarsi di modelli solidaristici ed universalistici. Nel corso degli ultimi secoli l'importanza di strutture tradizionali quali la classe, la religione e la famiglia, nel lasciare spazio alla vita individuale si è ridimensionata. Sostanzialmente, lo stato sociale moderno è stato plasmato da questo sviluppo evolutivo del processo di individualismo.

Nella prospettiva relazionale, l'individualismo si riferisce all'instabilità crescente o alla mutevolezza delle relazioni sociali personali e intime che, se in un primo periodo ha eroso le comunità locali e le reti familiari estese, oggi insidia l'ultimo bastione della società tradizionale: la famiglia nucleare. Il processo di individualismo ha portato non solo ad un numero crescente di diversi tipi di famiglia, ma anche all'aumento di divorzi e alla

rottura di altri rapporti intimi (Ardigò 2006). Le dinamiche familiari, da questo punto di vista, non sono più presentabili attraverso il concetto di ciclo lineare di vita della famiglia, ma si connotano come fenomeni a spirale (Combrinck, Graham 1985), segnati da cambiamenti che ristrutturano nuovi legami familiari nel percorso di vita dell'individuo e indeboliscono la solidarietà intergenerazionale. Si tratta, in concreto, dell'onere che viene lasciato ai gruppi più giovani di contribuire alle spese necessarie per soddisfare le esigenze delle generazioni più anziane. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie a lungo termine determinano costi più elevati per il finanziamento della sanità, mentre, allo stesso tempo, la fascia dei giovani, in diminuzione, è chiamata a trasferire gran parte del proprio reddito per la fiscalità necessaria al mantenimento dei servizi di assistenza. Sostanzialmente si richiede alle giovani generazioni un prelievo di solidarietà per finanziare l'assistenza agli anziani. W. Arts (et al. 2001a) parlano, in questo senso, del rischio di una vera e propria frattura intergenerazionale. Infatti, come emerge da una ricerca effettuata nei Paesi Bassi, una parte crescente della popolazione olandese ha dichiarato, a fronte della richiesta di pagamento di maggiori premi assicurativi per sostenere i servizi sanitari, che non tutti dovrebbero avere diritto alle stesse cure mediche, soprattutto se questi trattamenti sono molto costosi. Risultati analoghi sono stati registrati da A. Castelli e A. Culyer (2003) in una ricerca su cittadini inglesi, che si sono espressi largamente favorevoli circa l'ipotesi dell'introduzione di criteri espliciti per il razionamento dei servizi sanitari.

Un ulteriore fattore a favore dello svuotamento della solidarietà nei sistemi di welfare è segnato dallo sviluppo della logica della co-contribuzione diretta dei costi sanitari e sociali per i servizi. Si va, quindi, nella direzione della maggiore attribuzione di responsabilità individuale per la sostenibilità del finanziamento dei servizi sociali e sanitari, in corrispondenza di una minore responsabilità collettiva. Questa pratica, in uso e in aumento in molti Paesi UE, viene in parte giustificata al fine di rendere l'individuo più consapevole dei propri consumi di servizi e prodotti sanitari, auspicando così un comportamento degli individui più responsabile e più proattivo nella conservazione del proprio benessere fisico e mentale.

Un fattore incidente, in questo senso, è costituito dal cosiddetto consumerismo, ossia lo sviluppo (Conrad 2009) di un ruolo più attivo degli individui nella gestione della salute, favorito anche dalla diffusione di internet e dalla facilità di acquisizione di informazioni, che ha determinato un aumento della domanda in una situazione contrapposta di riduzione delle risorse.

Diversamente dalla prospettiva moderna dei sistemi di welfare, quella cosiddetta antimoderna, precorsa dall'economista e filosofo austriaco F.A. von Hayek (2008), critica il welfare state proprio per l'assenza del ruolo della famiglia e della sua precipua funzione di garantire l'ordine sociale,

senza la quale scaturisce, invece, una società atomizzata (Popenoe 1998). Inoltre D. Cheal (1991), ipotizzando il declino della famiglia contemporanea, accusa lo stato della società moderna di espropriare la famiglia patriarcale dal suo essere istituzione naturale della società umana cui compete il dovere solidaristico delle mansioni di cura e socializzazione (Rodger 1996). Il passaggio di queste ultime (in particolare servizi socio-assistenziali e sanitari) dalla famiglia allo Stato caratterizza la società moderna e indebolisce la struttura familiare (Scruton 1980). Si tratta di una prospettiva, quella antimoderna, secondo cui, a fronte dell'impossibilità (Leonard 1997) di conciliare integrazione sociale e dipendenza dal welfare, il ruolo dello Stato dovrebbe essere molto limitato e quello degli individui, della famiglia e delle comunità locali, più autonomo e responsabile.

Il dibattito sull'evoluzione societaria, in relazione ai sistemi di welfare, si arricchisce con la posizione dei sostenitori del postmodernismo, del quale si fa solo un rapido cenno. Precorsa da C. Wright Mills (1959), in questo filone si sottolinea la necessità di adeguare il welfare ai nuovi vincoli imposti dall'attuale società dell'informazione, che è dominata dalle nuove tecnologie e vede sempre meno possibilità occupazionali per i soggetti poco qualificati o con un modesto patrimonio di competenze (Rodger 2000, p. 40). Il progetto postmoderno sul welfare (Leonard 1997) prevede una maggiore iniziativa di emancipazione degli individui e dei gruppi sociali, con la diretta partecipazione al dialogo pubblico sulle finalità del welfare e sulla definizione dei bisogni e delle priorità di intervento.

4 Diritti sociali e solidarietà

Appare sempre più utile il riferimento al concetto di solidarietà in un momento particolare, in cui il welfare vive un'esistenza incerta e tende a diventare qualcosa di residuale.

Nell'art. 2 della Costituzione italiana, ad esempio, si riconoscono e si garantiscono i diritti inviolabili dell'uomo, cioè i suoi diritti di natura, che precedono il diritto positivo, delineato secondo le diverse epoche e maggioranze politiche, perché nascono con l'uomo. Nello stesso tempo, però, il medesimo articolo richiede alla persona l'adempimento di una serie di doveri ai quali non può sottrarsi, primo fra tutti quello di solidarietà, declinata nelle sue diverse modalità: politica, economica e sociale. Inoltre, l'art. 3 attribuisce allo Stato il compito di

rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Il costituente italiano ha giustamente richiamato la solidarietà sociale, in quanto di fondamentale importanza per poter costituire un ‘patto sociale’, grazie al quale ogni società moderna può – come aveva sostenuto agli inizi del Novecento É. Durkheim – strutturarsi organicamente.

La solidarietà perciò, diventa il comune denominatore, il collante necessario, affinché società sempre più complesse possano, oltre ad affermare il riconoscimento e le garanzie dei diritti, far sì che certi diritti, come quello alla salute, non subiscano un affievolimento.

In ambito UE, il concetto di solidarietà viene interpretato esclusivamente come obbligo di aiutare Paesi che hanno disatteso i loro impegni, e quindi in senso negativo.

Pur essendo i due concetti tra loro collegati, la solidarietà è cosa diversa dalla giustizia (in senso morale o giuridico), proprio perché si caratterizza per un comportamento che va al di là di ciò che un soggetto sarebbe tenuto a fare su un piano strettamente giuridico o morale. Inoltre, il comportamento solidale (Habermas 2014) si differenzia da quello etico in quanto si riferisce, e si lega, più alle trame della comunità intesa in senso politico che al nesso prepolitico di vita, come ad esempio la famiglia.

La solidarietà, quindi, va intesa nel discorso qui affrontato come una comune forma di vita politica per la condivisione di interessi anche personali, quali ad esempio la cura e l’assistenza.

Nella storia dello stato sociale abbiamo visto come le aspettative di solidarietà possano trasformarsi in pretese giuridiche. Solo la politica di un legislatore, che sia sensibile alle pretese normative di una cittadinanza democratica, può trasformare le richieste di solidarietà in veri e propri diritti sociali.

Quando le logiche del mercato e le ristrettezze economiche invadono l’area dei diritti, si ripresenta, fatalmente, una modalità di agire che si richiama alla politica dei «due tempi», e cioè: c’è un tempo per l’economia e un tempo per i diritti.

È importante riflettere su cosa comporta una simile dicotomia. Innanzitutto comporta la convinzione che i diritti arrivino quando le condizioni economiche lo permettono, quasi a voler giustificare un lusso aggiuntivo elargito solo in particolari situazioni. Perciò, quando ciò avviene – e noi stiamo assistendo ad una lenta deriva in questo senso – non è in atto solo e semplicemente un conflitto in termini teorici tra diritto ed economia, ma, questa disputa si incarna nella vita delle persone, che vedono minare le loro certezze, prima fra tutte la tutela della salute.

La «società del rischio», descritta dal sociologo tedesco U. Beck (2013), ha anche questi connotati drammatici, ai quali sembra ci si debba adeguare, se non avviene un’inversione di rotta, che pone al centro dell’interesse sociale l’uomo, con le sue necessità e problematiche. La scienza non può soddisfare le esigenze della scienza, ma nasce per soddisfare i bisogni dell’uomo.

Ma se lasciamo che la logica economica invada la sfera dei diritti assisteremo ad una loro amputazione, con un evidente ritorno ad un passato in cui lo stato di diritto era ancora da venire. Qualsiasi diritto, ma primo tra tutti il diritto alla salute, quando è subordinato ad una logica economicistica, diventa, inevitabilmente, un lusso che solo pochi possono permettersi, qualcosa che non possiamo permetterci in periodi di difficoltà. Risultano, così, accentuate le differenze sociali e le disuguaglianze che, di conseguenza, comportano un incremento del disagio e della tensione sociale.

Certo, i diritti costano, ma non per questa ragione devono subire un affievolimento. I criteri di utilizzazione delle risorse da parte degli Stati, in fondo, sono stabiliti sempre per scelte politiche, perciò non sono un problema in sé, ma lo diventano per scelta. Anche un diritto fondamentale, come il diritto di voto o il diritto alla giustizia, hanno un costo, ma non per questo possiamo immaginare di poterne fare a meno e di consentirli solo quando la congiuntura economica si presenta più favorevole.

Appare evidente come, in effetti, questa argomentazione non possa essere sostenuta per giustificare una riduzione dei livelli di tutela dell'intera organizzazione sociale, la quale vede al suo centro il cittadino, titolare di diritti sociali. La particolarità di questi diritti non risiede solo nel fatto che essi sono qualitativamente diversi dagli altri, ma anche nel loro costo, e, quindi, appare giustificabile imporre un loro ridimensionamento anche alla luce di un loro contemperamento con i doveri sociali.

Questa tendenza, sembra trovare giustificazione nella crisi economica che ha coinvolto i Paesi dell'Area Euro, perché il diritto alla salute ha un costo e in quanto tale deve essere proporzionato alle risorse disponibili.

Per J.M. Buchanan e R.D. Congleton (2002), a ben vedere, l'applicazione in sede UE di schemi universalistici in ambito sanitario e nei sistemi di welfare è anche auspicabile. Questa tesi è basata sull'idea che una democrazia stabile può sopravvivere solo se i suoi programmi di welfare si ispirano a principi di 'generalità', cioè di universalismo. L'argomento è, in breve, il seguente: programmi di welfare che, invece, discriminano fra i gruppi sociali, sottoponendo i cittadini alla cosiddetta prova dei mezzi e agendo o sul versante della tassazione oppure su quello dei trasferimenti, finiscono per indebolire il sostegno della società all'intero processo politico. Infatti, l'adozione di tali programmi genera incentivi, tra la popolazione, a investire risorse per assicurarsi trattamenti di favore o per proteggersi da trattamenti penalizzanti. Ciò comporta il rischio di erodere quel patto di solidarietà che è il cemento di una democrazia stabile.

E. Borgonovi ha analizzato come

dopo la crisi scoppiata nel 2007 le politiche nei sistemi di tutela della salute dei Paesi europei, di quelli OCSE [...] e della maggior parte dei Paesi sono state motivate principalmente dalle esigenze di breve periodo e dalla prevalenza dei criteri economici (Borgonovi 2013, p. 3)

La rilevanza delle variabili istituzionali, politiche ed economico-finanziarie, ritorna anche nella teorizzazione proposta da W. Streeck (2000), secondo cui nei Paesi dell'area europea sono proprio queste variabili ad impedire che il processo di centralizzazione e coordinamento europeo riesca a spingersi oltre la costruzione del mercato, e per questo, molto probabilmente, le politiche di solidarietà rimarranno competenza degli Stati nazionali. Ma le istituzioni preposte alla definizione di queste politiche sono sempre più inserite in un contesto di competizione internazionale (Ferrera 2000) e sempre più vincolate da istituzioni sovranazionali deputate a proteggere il mercato internazionale. Il risultato di questi processi è che

se le fondamenta politico-istituzionali della solidarietà continuano ad avere un carattere nazionale, la sua sostanza si sta rapidamente trasformando sotto le pressioni di una competizione sempre più intensa (Streeck 2000, p. 13).

I diversi Paesi europei tendono, quindi, ad adattarsi alla forte pressione competitiva, abbandonando un modello di solidarietà basato su politiche protezionistiche e redistributive per sostituirlo con uno basato su una solidarietà produttivistica e competitiva (Clemente 2012). Il nuovo modello di welfare europeo che, nell'interpretazione di Streeck, riflette una tendenza reale e allo stesso tempo rappresenta l'unica strada percorribile, ridefinisce l'uguaglianza dal lato dell'offerta (principalmente in termini di capitale umano e occupabilità) piuttosto che intervenire a posteriori nella correzione degli effetti distorsivi del mercato. La coesione sociale si ristrutturata, quindi, nella ricerca di uguali opportunità anziché di uguali risultati. Le politiche redistributive, ritenute troppo costose, tendono ad essere sostituite con politiche che investono nelle capacità individuali e, quindi, nel capitale umano; ciò al fine di contribuire sia alla produzione di ricchezza che all'incremento di equità e giustizia. In questo senso si parla di «egualitarismo dal lato dell'offerta», poiché la responsabilità pubblica non rimanda alla correzione degli effetti distorsivi del mercato, ma è finalizzata a rendere ugualmente concorrenziali gli individui.

Il processo di omogeneizzazione non è spiegato, quindi, a partire dalle direttive poste dall'Unione Europea, ma piuttosto è interpretato come il riflesso dei cambiamenti economici in atto che, in tutti i Paesi europei, determinano la ridefinizione dei confini di una nuova solidarietà. In altre parole, l'emergente modello sociale europeo si sostanzia nel generale abbandono dei principi redistributivi e nella definizione dei confini di una nuova solidarietà competitiva.

Viene rilevato da M. Ferrera (1993) come l'istituzionalizzazione della solidarietà a livello europeo sia piuttosto ridotta e come la capacità delle istituzioni europee di incidere in tale settore siano esigue, soprattutto se

paragonate alla capacità di influenza nella sfera economica e in quella monetaria.

Sotto l'occhio vigile della temuta Trojka formata da UE, BCE e FMI, le politiche di rigore adottate dai Paesi europei, e in particolare da Grecia e Portogallo, hanno generato effetti drammatici per quanto riguarda l'accesso da parte dei cittadini ai servizi sanitari. Quando affermiamo che un bisogno deve soddisfare la sua sostenibilità vuol dire «soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni» (WCED 1987). Per questa ragione in ambito sanitario sembra quanto mai opportuna una sanità pubblica, la cui conoscenza non può essere più «basata soltanto sulle prove scientifiche, ma costruita anche sui valori sociali e sul ruolo attivo dei portatori di interesse» (Matera, Baglio 2013).

Se si parte da queste premesse, appare evidente l'importanza del valore della solidarietà insieme a quello dell'equità e dell'universalità, che deve rispecchiarsi nei servizi, nei bisogni e nelle risorse, come gran parte della letteratura internazionale pone in evidenza. Infatti, nel rapporto stilato nel 2002 dalla Commission of the Future of Health Care, in Canada, si legge che la sostenibilità all'interno di un sistema sanitario va vista come un'effettiva garanzia affinché siano disponibili risorse sufficienti nel lungo periodo, in modo tale da fornire un accesso tempestivo a servizi sanitari di qualità, improntati sui bisogni dei cittadini.

Pertanto, l'equilibrio tra le componenti presenti nei sistemi sanitari diventa un parametro valutativo per poter offrire risposte opportune ed economicamente sostenibili ai bisogni, sempre crescenti, di salute di una popolazione più anziana. La conclusione alla quale giunge la Commission of the Future of Health Care serve a riflettere sulle spinte sempre più demolitrici del sistema di welfare; infatti, Romanov scrive nel report della commissione citata (2002, p. xvi) che «un sistema sanitario è sostenibile tanto quanto un Paese decide che lo sia».

Perciò, quando parliamo di diritto alla salute affievolito o in via di affievolimento, stiamo giustificando, senza volerlo, attraverso la crisi di un sistema di welfare, una diminuzione di un dovere di solidarietà, che non può essere contrattato tra cittadino e Stato, in quanto parte integrante di quel patto sociale necessario a tenere unito un gruppo societario.

Se nella progettazione e programmazione delle politiche di un nuovo welfare prevarranno le logiche economicistiche, ispirate del tutto a concetti neoliberalisti, una delle prime ripercussioni, come già acutamente aveva osservato A. Ardigò, sarà «il logoramento, quando non il dissolvimento» (2006, p. 34) della solidarietà e delle risorse partecipative.

5 Considerazioni conclusive

Emerge da questo scenario una crescente discrasia tra le aspettative verso i sistemi di protezione sociale e la loro capacità di soddisfare la domanda. L'invecchiamento della popolazione delle società europee ha portato a un cambiamento dei modelli di morbilità (aumento delle cronicità) e ha dato luogo a un aumento della domanda di servizi di assistenza, specie per le cure a lungo termine. Questo processo, che si può osservare in molte parti del mondo occidentale, è accompagnato dal cambiamento di mentalità tra i pazienti verso una maggiore consapevolezza di sé e autoaffermazione di una domanda di servizi di assistenza sanitaria soddisfacente. Si tratta di un paziente 'moderno' che si orienta con più competenza e maggiori informazioni sulle possibilità di cura in una logica tipica di mercato e alla stregua di un cliente che esige la buona qualità del prodotto-servizio richiesto.

Mentre la domanda di assistenza è cambiata ed è aumentata, i Paesi dell'UE in particolare, costretti a rispettare le misure rigorose per quanto concerne il livello di finanziamento e disavanzo pubblico, hanno grandi difficoltà e sono costretti il più delle volte a ridurre i finanziamenti per lo stato sociale, determinando sia una crescente carenza di servizi di assistenza nel sistema sanitario pubblico, sia un crescente divario tra la domanda e l'offerta di cure.

Viene messo, quindi, in discussione (McKee, Stuckler 2011) il principio dell'universalismo (e con esso quelli dell'equità e dell'uguaglianza), come per esempio si rileva attraverso il documento, adottato in Inghilterra, Health and Care Act 2012. La riforma, o controriforma del NHS (National Health System), ha posto molti interrogativi sul mantenimento della più rilevante caratteristica di questo sistema sanitario nazionale: l'universalità di accesso alle cure. A.M. Pollock (2012) ne evidenzia due conseguenze importanti: il pagamento degli utenti per i servizi ricevuti; l'introduzione di un nuovo denominatore degli indicatori di salute che rende molto più difficile analizzare le differenze tra classi sociali e valutare, di conseguenza, l'equità del sistema stesso.

Tuttavia, in senso positivo, sulle possibili (e chiare) conseguenze del superamento implicito dell'universalismo hanno preso posizione gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHA, World Health Assembly). Nel 2005, infatti, è stata adottata una risoluzione che incoraggia i singoli Paesi a sviluppare sistemi di finanziamento della sanità al fine di istituire o salvaguardare una copertura universale che consenta alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno, senza rischiare conseguenze finanziarie gravi o disastrose (Carrin et al. 2008). Successivamente, la Conferenza mondiale delle Nazioni Unite, nel 2011, ha osservato che i Paesi che godono delle migliori condizioni di salute sono quelli che hanno una qualche forma di copertura universale (WHA 2011). Infine, e paradossalmente, gli Stati Uniti che, a fronte di un sistema sanitario

ad impronta prevalente assicurativa con risvolti economici insostenibili e risultati di salute insoddisfacenti, stanno portando avanti una riforma in senso universalistico.

Bibliografia

- Ardigò, A. (2006). *Famiglia solidarietà e nuovo welfare*. Milano: Franco-Angeli.
- Arts, W.; Muffels R.; ter Meulen R. (2001a), «The Future of Solidaristic Health and Social Care in Europe». *Philosophy and Medicine*, 69, pp. 463-476.
- Arts, W.; Muffels R.; ter Meulen R. (eds.) (2001b). *Solidarity in Health and Social Care in Europe*. London: Kluwer Academic publishers Beck, U.
- (2013). *La società del rischio*. Roma: Carocci editore.
- Borgonovi, E. (2013). «Obiettivo sostenibilità». *Mecoson*, 86, p. 3.
- Buchanan, J.M.; Congleton, R.D. (2002). *Politics by Principle not Interest: Towards non Discriminatory Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carrin, G.; Mathauer, I.; Xu, K.; Evans, D.B. (2008). «Universal Coverage of Health Services: Tailoring Its Implementation». *Bull World Health Organization*, 86, pp. 857-63.
- Castelli, A.; Culyer, A. (2003). *Rationing Health Care in Europe*. York: University of York, Dept. of Economics.
- Cheal, D. (1991). *Family and the State of Theory*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Clemente, C. (2012). *Welfare e sistemi integrati di salute*. Lecce: Kurumuny.
- Combrinck-Graham, L. (1985). «A Development Model for Family System». *Family Process*, 24, pp. 139-150.
- Commission on the Future of Health Care in Canada (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Final Report.
- Conrad, P. (2009) «Le mutevoli spinte alla medicalizzazione». *Salute e Società*, 2, pp. 36-55.
- Dewilde, C. (2003). «A Life Course Perspective on Social Exclusion and Poverty». *British Journal of Sociology*, 54, pp. 109-128.
- Durkheim, É. (1999). *La divisione del lavoro sociale*. Torino: Einaudi.
- Ferrera, M. (1993). *Modelli di solidarietà*. Bologna: il Mulino.
- Ferrera, M. (2000). «Integrazione europea e sovranità sociale dello stato-nazione: Dilemmi e prospettive». *Rivista italiana di scienza politica*, 3, pp. 393-422.
- Giddens, A. (1997). *Oltre la destra e la sinistra*. Bologna: il Mulino.
- Habermas, J. (2014). *Nella spirale tecnocratica: Un'arringa per la solidarietà europea*. Bari: Laterza.

- Hayek, F.A. von (2008). *L'abuso della ragione*. Trad. di Renato Pavetto. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore. Trad. di: *The Counter-Revolution of Science: Studies of the Abuse of Reason*, 1952.
- Ignatieff, M. (1990). *The Needs of Strangers*. London: Hogart Press.
- Leonard, P. (1997). *Postmodern Welfare: Reconstructing an Emancipatory Project*. London: SAGE.
- Matera, E.; Baglio, G. (2013). «Sanità pubblica ecologica». *Salute internazionale*.
- McKee, M.; Stuckler, D. (2011). «The Assault on Universalism». *BMJ*, 343, pp. 1314-1317.
- Pollock, A.M.; Macfarlane, A.; Godden, S. (2012). «Dismantling the Signposts to Public Health?: NHS Data under the Health and Social Care Act 2012» [online]. *BMJ*, 344. Disponibile all'indirizzo <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2364> (26-04-2012).
- Popenoe, D. (1998). *Disturbing the Nest*. New York: Aldine de Gruyter.
- Rodger, J. (1996). *Family Life and Social Control: A Sociological Perspective*. London: Macmillan.
- Rodger, J. (2000). *From a Welfare State to a Welfare Society: Policy in a Postmodern Era*. London: Macmillan.
- Scruton, R. (1980). *The Meaning of Conservatism*. London: Macmillan.
- Streeck, W. (2000). «Il modello sociale europeo: dalla redistribuzione alla solidarietà competitiva». *Stato e mercato*, 21 (58), pp. 3-24.
- WCED (World Commission on Environment and Development) (1987). *Rapporto Brundtland*.
- WHA (World Health Assembly) (2011). *64th Assembly* (Geneva, 16-24 May 2011). Geneva: s.n.
- Wright Mills, C. (1959). *The sociological imagination*. Oxford: Oxford University Press.