

24° Congresso internazionale del CIRIEC

Napoli Italia 30 settembre - 2 ottobre 2002

TAVOLA ROTONDA

Quali funzioni di base per i poteri pubblici? Quali nuovi ruoli per i poteri pubblici?

Alessandro Montebugnoli

Presidente, Associazione "Servizi Nuovi"

(Italia)

Intervento alla Tavola rotonda

Buonasera. In questo intervento desidero occuparmi della seconda domanda che ci ha proposto Fournier, quella che riguarda i mezzi piuttosto che i fini, le forme organizzative piuttosto che la missione delle politiche di *welfare*. La scelta dipende già da una ragione di merito. In base a quello che ho sentito, credo che in questa sala si registri un vasto accordo sul fatto che abbiamo bisogno di *welfare*, ossia di politiche sociali ampie, incisive, evolute. Tuttavia credo anche che non dovremmo mancare di cogliere un dato di drammaticità, che pure è iscritto nella situazione che si è determinata. Non dovremmo cioè dimenticare che sul piano, appunto, dei mezzi, del modo in cui sono organizzate le politiche di *welfare*, abbiamo registrato fallimenti anche molto gravi, e che al riguardo, pertanto, dobbiamo produrre novità cospicue, significative – vere e proprie *discontinuità*. Detto in altri termini, enfatizzare il bisogno che abbiamo di ampie politiche di *welfare*, insistere su di esso con accenti accorati, non costituirà mai una soluzione dei problemi che le politiche di *welfare* hanno incontrato nel loro sviluppo. Né dovremmo dimenticare che il liberismo è passato, anche, su debolezze reali dei sistemi di protezione sociale, che noi per primi, che li difendiamo, dobbiamo guardare per quel che sono e con le quali dobbiamo confrontarci molto apertamente. Dunque, per celiare, non preghiere ma opere di bene, non fini fin troppo condivisibili ma mezzi che rendano credibile il loro raggiungimento. E circa i mezzi, ripeto, cambiamenti significativi, discontinuità.

In questo senso, appunto, vorrei ragionare di una possibilità di innovazione, che certamente non pretende di essere esclusiva, ma che tuttavia mi sembra particolarmente importante. Siccome il tempo è veramente poco, inizio citando un dato al quale affido il compito di trasmettere in modo rapido e immediato il punto-chiave sul quale ritengo si debba concentrare l'attenzione. Il tema, del resto, è rilevante, perché si tratta della salute, uno dei tre o quattro campi elettivi delle politiche di *welfare*. Dalla letteratura internazionale si ricava la seguente informazione: i “sistemi di cura “ forniscono un contributo potenziale alla riduzione della mortalità e all'aumento degli anni di vita esenti da malattie pari all'11% del totale (vale a dire di tutti i guadagni di salute ancora conseguibili), mentre l'insieme dei fattori che si riassumono sotto il titolo “stili di vita” ne forniscono uno pari al 46%, quattro volte tanto. Attenzione, “stili di vita” significano proprio i comportamenti delle persone – torneremo su questo punto - non le condizioni ambientali in cui vivono, che danno conto di un ulteriore 19% del totale. Il grosso, dunque, il contributo *di gran lunga* più rilevante, è quello che può essere fornito dal modo in cui ognuno di noi si “atteggia” nei confronti della propria salute. Sennonché le politiche sanitarie non tengono affatto conto di questa situazione. Negli Stati Uniti, per esempio, ma i dati europei non sarebbero molto diversi, all'11% di contributo potenziale dei sistemi di cura corrisponde il 90% di tutta la spesa sanitaria (pubblica e privata), mentre al 46% degli “stili di vita” soltanto l'1,5%. Quindi, come si vede, divari vistosissimi, *ordini di grandezza* diversi, non singoli punti percentuali.

Del resto, un altro fenomeno messo in evidenza dalla letteratura internazionale è la circostanza che ormai l'aumento della spesa sanitaria fornisce contributi modestissimi al miglioramento dello stato di salute di una popolazione. Se noi rappresentiamo la spesa sanitaria sull'asse orizzontale di un piano cartesiano e lo stato di salute della popolazione cui si riferisce su quello verticale, la loro relazione è descritta da una parabola: che inizialmente sale molto rapidamente, poi comincia a fare più fatica e infine, altrettanto rapidamente, diventa quasi piatta. Il che, appunto, significa che per livelli alti di spesa sanitaria, il suo contributo in termini di miglioramento dello stato di salute di una popolazione – misurato come si vuole – è molto piccolo, anzi tende a diventare quasi trascurabile; che quando già si spende molto, l'utilità marginale di ulteriori aumenti di spesa si avvicina pericolosamente a zero. In realtà, a pensarci bene, la cosa non è sorprendente: evidentemente, in un Paese arretrato, l'introduzione, poniamo, di una vaccinazione obbligatoria ancora assente o di appropriate norme igieniche consente subito guadagni di salute molto consistenti, conseguiti i quali le cose diventano, via via, più difficili e costose. Ma, preso in sé, il dato che ho citato è senza dubbio impressionante, anche perché ci riguarda molto da vicino. Nei nostri Paesi, nei Paesi sviluppati, siamo proprio a questo punto, che ripeto pregandovi, come si dice, di farci mente locale: a parità di ogni altra condizione, aumentare la spesa sanitaria non produce effetti rilevanti ai fini del miglioramento dello stato di salute della popolazione; quale che sia la dinamica di crescita che le assegniamo – e sappiamo bene che tende a crescere, o cresce, più rapidamente del P.I.L. – la sua *utilità* è modestissima.

È una cattiva notizia? Ne dobbiamo concludere che non ci sono più guadagni possibili in termini di benessere sotto il profilo dello stato di salute di una popolazione? No. Le scienze biologiche ci dicono che sono ancora possibili significativi aumenti delle speranze di vita alla nascita e degli anni di vita esenti da malattie; l'orologio biologico, come dicono i medici, rappresentativo delle potenzialità della specie, batte a 120/130 anni.. Quindi, ci sono ancora guadagni possibili. Certo non così rapidi e così clamorosi come quelli del secolo che abbiamo appena alle spalle, e nondimeno assai significativi. Il fatto, però, mettendo insieme le cose dette finora, è che i progressi ancora ottenibili non dipendono, essenzialmente, dalla fornitura dei servizi sanitari così come li conosciamo, bensì, in modo cruciale, da fattori che sono controllati direttamente dalle persone, dai cittadini, dalle famiglie. Dipendono appunto dai loro comportamenti, *vale a dire* – e bisogna dire proprio così, uscendo dalla nozione un po' stereotipata di "stile di vita" – dal livello di *competenza* che i cittadini, le persone, riescono a esprimere in ordine ai problemi della propria salute. Questo è il grande giacimento di risorse ancora disponibile per andare avanti sul terreno dell'aumento delle speranze di vita e degli anni di vita esenti da malattie. Il che, a ben vedere, indica anche un obiettivo di riorientamento della spesa sanitaria, che per tornare a dare contributi più significativi deve appunto mirare, centralmente, a mettere in grado i cittadini, le persone, le famiglie, di aumentare i propri livelli di competenza in ordine ai problemi della salute, ovvero di gestire meglio, *essi stessi*, fattori di protezione e di promozione della salute

che del resto sono già sotto il loro diretto controllo. Tale, per fissare le idee, è il messaggio contenuto nel termine *empowerment*. (che credo si debba usare in inglese perché non conosco equivalenti accettabili), non a caso ormai discretamente diffuso tra gli operatori sanitari.

Mi sono soffermato piuttosto a lungo su questo “esempio” perché mi sembra che contenga un’indicazione generalizzabile.. Purtroppo non abbiamo tempo per farlo, ma se ragionassimo di trasformazione urbana – di risanamento dei quartieri degradati –, di istruzione, di quel variegato mondo che si chiama “servizi sociali”, di sicurezza, ecc., troveremmo sempre che “dal lato della domanda”, cioè dal lato dei soggetti che le istituzioni pubbliche incontrano come soggetti di domanda, non ci sono soltanto, per l'appunto, domande – bisogni, esigenze, problemi – bensì, anche, risorse, competenze, autonome capacità di risposta; e che tra i compiti centrali delle istituzioni pubbliche deve essere inquadrato quello di riconoscere tali patrimoni, di valorizzarli, di consentire ai cittadini di coltivarli e metterli a frutto secondo le loro possibilità. Tale, appunto, il senso del termine *empowerment*, che non va in alcun modo interpretato nel senso che le risorse dei cittadini possano sostituire il ruolo e le responsabilità delle istituzioni pubbliche, bensì nel senso di una possibile e invero necessaria implicazione dei due ordini di fattori, che devono proprio essere fatti giocare insieme: quelli gestiti nell’ambito dell’intervento pubblico, e quelli posseduti in modo peculiare, originale, dai destinatari delle politiche. Consentitemi anche qui un rapidissimo esempio, che forse serve a chiarire ulteriormente il discorso. Com’è noto, una delle maggiori sfide che hanno di fronte i sistemi di *welfare*, soprattutto europei, è l’invecchiamento della popolazione. Nei prossimi quindici/venti anni, quando cominceranno a diventar vecchie le foltissime coorti di popolazione nate nell’immediato dopoguerra, avremo molti più anziani e quindi, inevitabilmente, molti più anziani non autosufficienti di quanti già oggi non ne abbiamo. Un enorme problema, appunto, sul quale tutti i governi europei stanno ragionando e stanno prendendo vari provvedimenti. Bene: possiamo immaginare di affrontare questo problema, nelle dimensioni che avrà nei prossimi quindici/venti anni, prescindendo dalle capacità di cura espresse dalle famiglie e, più in generale, dalla rete di rapporti e di relazioni che in ogni comunità sostiene o può sostenere persone anziane? Credo proprio di no: propendere a “istituzionalizzare” i casi di non autosufficienza che verranno all’ordine del giorno è una strategia umanamente, socialmente ed *economicamente* insostenibile, sicché certamente bisogna far conto sulle risorse delle famiglie, delle comunità locali, sulle reti primarie come dicono i sociologi. Al tempo stesso: possiamo far conto solo su di esse? Assolutamente no, perché rispondere in modo affermativo significherebbe rimettere alle famiglie, ai sistemi delle relazioni informali, problemi assolutamente ingovernabili. L’unica soluzione credibile, allora, è proprio quella di giocare su un doppio binario, di *mettere insieme* le capacità di cura private delle famiglie e le risorse professionali, i presidi, i servizi delle istituzioni pubbliche (in questo caso sia sanitarie che sociali). Con profitto, appunto, sia per quanto riguarda l’appropriatezza delle

modalità di soddisfazione dei bisogni che la sostenibilità finanziaria degli interventi (a parità di popolazione servita).

Tutto questo, naturalmente, incontra il tema della sussidiarietà. Ma al tempo stesso suggerisce un'interpretazione del concetto di sussidiarietà – cui ci richiamava Fournier all'inizio – un po' diversa, mi sembra, da quella corrente. La sussidiarietà, nell'accezione corrente, riflette molto una logica di “accoppiamento” tra problemi e livelli di competenza, di *matching*, come dicono gli inglesi. A quale livello di competenza (quindi a quale soggetto) conviene assegnare la soluzione di questo o quel problema – questa, in fondo, la domanda chiave. Se quello che ho detto ha un senso, invece, una tale logica di corrispondenze univoche – una tale propensione a ritagliare confini: fin qui arriva lo Stato, da qui in poi la società civile, fin qui lo Stato centrale, da qui in poi le regioni, ecc. – non va affatto bene, perché il compito, piuttosto, è quello di riuscire a immaginare e organizzare la convergenza di soggetti diversi, e di diversi tipi di risorse, nella soluzione dei *medesimi* problemi, all'interno degli *stessi* processi che devono portare alla costruzione di determinati assetti. Abbiamo già visto, in questo senso, il caso dell'assistenza degli anziani non autosufficienti. Ma si potrebbero fare molti altri esempi, tra quali – aggiungo soltanto questo – uno dei più interessanti è quello dei programmi di risanamento urbano nei quali le popolazioni residenti giocano un ruolo attivo, come veri e propri *partner* delle amministrazioni pubbliche, come co-produttori dei risultati ai quali sono, vitalmente, interessate.

Quindi delle due l'una: o abbandoniamo il concetto di sussidiarietà – ci sarebbero anche altri motivi per farlo, ma non ho tempo per dirveli – oppure lo qualificiamo. A favore dell'ipotesi di abbandonarlo, per la verità, si può citare addirittura Romano Prodi, il quale in un discorso al Parlamento Europeo del 15 febbraio 2000, impegnativamente intitolato *Dal 2000 al 2005: un progetto per la nuova Europa*, dice testualmente così: “Dobbiamo smettere di pensare in termini di livelli gerarchici di competenza separati in base al principio di sussidiarietà. Dobbiamo smetterla di pensare in questi termini, e cominciare piuttosto a pensare a un sistema reticolare in cui tutti i livelli di governo (*governance*) concorrono a formulare, a proporre, ad attuare le politiche e a verificarne i risultati”. Qui, chiaramente, Prodi ha in mente la cosiddetta sussidiarietà verticale, quella che riguarda i rapporti all'interno del sistema pubblico, ma il discorso potrebbe essere del tutto analogo nel caso della cosiddetta sussidiarietà orizzontale, ovvero dei rapporti tra sistema pubblico e società civile. Dove l'idea di un approccio “reticolare” dice proprio la stessa cosa cui alludevo parlando di convergenza, di una possibile e necessaria *saldatura* di risorse appartenenti a diversi soggetti, e di diverso tipo, nella soluzione degli stessi problemi, nella realizzazione di ogni singola politica. Viceversa, se non si vuole abbandonare il concetto di sussidiarietà (bisogna avere l'autorità di Prodi per fare un passo di questo genere), più modestamente si può dire che almeno bisogna qualificarlo nella direzione di una *nuova alleanza* tra cittadini e istituzioni pubbliche in vista degli obiettivi che da sempre appartengono alle politiche di *welfare*. Vi ringrazio.