

Diritti in diaspora

di Paolo Ferrario*

Nell'arco temporale di un trentennio il sistema italiano dei servizi è mutato in profondità, andando nella direzione di un sempre più accentratato decentramento. Durante gli anni più recenti un partito di governo ha posto con forza nell'agenda politica l'obiettivo della *devolution* (delegazione di poteri da parte dello Stato a favore di enti substatali). Dopo la riforma costituzionale del precedente governo di centro-sinistra, l'attuale prevede che sia inserita una norma in base alla quale spetta alle Regioni la competenza legislativa esclusiva per assistenza e organizzazione sanitaria, organizzazione scolastica, gestione degli istituti scolastici e di formazione, definizione della parte dei programmi scolastici e formativi di interesse specifico della Regione, polizia locale. Per quanto riguarda il trasferimento delle competenze sanitarie, le criticità della formulazione legislativa riguardano due ordini di problemi. La prima è che "l'assistenza e organizzazione sanitaria" già oggi sono attribuzioni regionali, mentre la "tutela della salute" è materia di competenza concorrente tra Stato e Regione. In questo quadro si pone la seguente alternativa: o l'intervento di riforma non modifica nulla, in quanto già oggi la materia è di competenza regionale, oppure si vuole intendere che le "nuove" attribuzioni mirano a modificare radicalmente il principio della tutela universalistica della salute, consentendo alle Regioni l'uscita dal Servizio Sanitario Nazionale, con l'attivazione di tanti servizi regionali quante sono le Regioni italiane. Un secondo problema ruota attorno al fatto che oggi lo Stato dispone di una competenza legislativa esclusiva in materia di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Quindi, nel caso continuasse a prevalere questo principio, ancora una volta la riforma non muterebbe nulla della situazione esistente. Se invece dovesse prevalere l'ipotesi della *devolution* si determineranno evidenti conflitti: lo Stato continuerà a determinare i livelli essenziali delle prestazioni e, dalla loro parte, le Regioni potrebbero autonomamente determinare una loro "uscita" da quel sistema. Occorre anche ricordare che dal 1995 ad oggi il rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e quella privata è passato dal 20 al 30%, generando una iniquità distribu-

tiva, poiché le categorie più colpite dall'aumento del settore privato sono state quelle degli anziani e quelle più povere. Se si incrociano questi dati con le tendenze dell'ulteriore processo di "regionalismo sanitario", forse appare in modo più chiaro l'obiettivo della politica sanitaria: "livelli minimi" di tutela svolti dalla parte pubblica del sistema (medicina di base, specialistica ecc.); differenziazione delle politiche sanitarie collegate ai diversi orientamenti politici delle Regioni con accentuazione delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni; inevitabile ricorso a mutue integrative e forse anche sostitutive per soddisfare i più elevati bisogni socio-sanitari. In mancanza di un forte quadro di riferimento comune di standard professionali ed organizzativi tali da poter vincolare tutti i diversi livelli di governo, si aprirebbe la prospettiva di un sistema operativo assai frammentato sia per quanto concerne l'erogazione delle prestazioni, sia per i modelli di gestione amministrativa.

Con le riforme legislative del periodo 1997-2001 si è formato un modello di Stato sociale in cui le istituzioni pubbliche svolgono fondamentali ruoli di garanzia in risposta ai diritti sociali e di sostegno delle formazioni sociali capaci di assumersi la responsabilità operativa della produzione dei servizi. In questo quadro gli interventi diretti delle pubbliche amministrazioni o quelli indiretti, attraverso l'appalto o l'accreditamento socio-sanitario, sono visti come "sussidiari", cioè orientati a coprire la gamma di interventi di aiuto che le persone e la società civile non sono in grado di soddisfare. Il principio di sussidiarietà è diventato norma costituzionale (art. 118 Cost.) e si presta a favorire orientamenti diversi. Da una parte può portare ad una "privatizzazione", cioè allo sviluppo di uno "stato minimo", alla diminuzione delle responsabilità pubbliche e, conseguentemente, alla contrazione delle funzioni pubbliche. In secondo luogo può rafforzare le tendenze già in atto alla "esternalizzazione", cioè all'affidamento all'esterno della gestione di servizi aventi rilevanza pubblica, ponendo tuttavia il problema politico-amministrativo degli obiettivi, del controllo e della valutazione della qualità dei servizi resi. In terzo luogo, in una prospettiva più ottimistica, si possono manifestare in modo originale i processi

di esercizio delle funzioni sociali, articolandole a tre livelli: garanzia di risposta ai diritti sociali della popolazione; promozione e sostegno dell'impegno comunitario in attività aventi valore pubblico; operatività concreta per quanto riguarda lo sviluppo di progetti interorganizzativi a tutela dei bisogni delle persone e delle famiglie.

Il quadro legislativo riserva oggi un rilevante spazio normativo agli enti locali per quanto riguarda l'organizzazione e lo svolgimento delle loro funzioni. Infatti «i Comuni e le province e le città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite» (art. 117 Cost.). Già oggi l'elaborazione dei piani di zona e dei regolamenti testimoniano che il processo è ampiamente avviato.

È in riferimento a queste tendenze che rinasce l'esigenza di "dare un centro" alle politiche sociali. La diffusione dei bisogni, l'allargamento della domanda, la quantità e la qualità delle situazioni problematiche che si pongono nelle vite lunghe che, fortunatamente, ci è dato di vivere richiedono azioni locali che, però, devono potere allargare i diritti di cittadinanza e non ricreare disparità e particolarismi territoriali. Non si auspica certamente il ritorno a politiche centralistiche, ma si pone l'attenzione al coordinamento e a capacità progettuali capace di far convivere obiettivi di benessere con formule organizzative radicate nelle comunità locali.

Le politiche legislative degli anni Novanta tendono a distribuire le funzioni dello Stato sociale su tre livelli territoriali: allo Stato la regolamentazione del lavoro, le pensioni, il governo della spesa e l'elaborazione di orientamenti comuni talvolta sostenuti anche da standard nazionali; alle Regioni lo sviluppo della sanità attraverso le Asl; ai Comuni lo sviluppo di una moderna rete di servizi sociali integrati con quelli sanitari.

Queste scelte strutturali sono sostanzialmente confermate dal comportamento dell'attuale governo: il ministero del Welfare si occupa ormai quasi esclusivamente di politiche del lavoro e pensioni, anche se a questo livello amministrativo sono stati elaborati documenti programmatici come il *Libro bianco sul welfare* e il *Piano di azione nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale 2003-2005*. Il valore di questi documenti è da ricercare nelle informazioni socio-demografiche, nell'analisi della domanda sociale e nella indicazione dei macro-obiettivi. Si tratta tuttavia di griglie programmatiche ancora troppo ampie e tali da richiedere un attivismo interpretativo ed attuativo ai diversi livelli territoriali delle Regioni e

degli enti locali. Con ciò confermando ed accentuando la già problematica tendenza alla frammentazione che caratterizza il nostro sistema dei servizi alla persona.

L'allungamento della speranza di vita e la conseguente crescita dell'età media sono due risultati di benessere sociale che caratterizzano tutte le società moderne. Tuttavia questi innegabili vantaggi individuali hanno l'inconveniente di trasferire sul bilancio dei sistemi previdenziali un costo crescente e alla lunga intollerabile per l'equilibrio del sistema. Nessuno mette in discussione questa evidenza, tant'è vero che gli anni Novanta hanno visto susseguirsi una serie di riforme, le "Amato" e le "Dini", su tale materia.

Il governo Berlusconi ha avviato una ulteriore riforma previdenziale centrata attorno ad alcuni punti cardine: incentivi al rinvio del pensionamento; possibilità di cumulare il reddito da lavoro con la pensione di anzianità; previsione di 40 anni di contribuzione o 65 anni di età anagrafica per gli uomini e 60 per le donne; disincentivi dal 2008 per chi ha raggiunto i limiti di età anagrafica, ma ha meno di 40 anni di contributi versati; penalizzazioni dal 2008 al 2015 alle pensioni di anzianità (57 anni con 35 di contributi), con tagli del 40%.

Con questa riforma cade il patto di solidarietà intergenerazionale che fino ad oggi aveva caratterizzato il nostro sistema previdenziale. In futuro i lavoratori dovrebbero avere garantita la prestazione pensionistica che, durante la loro vita lavorativa, hanno contribuito a finanziare. Le critiche che si appuntano a questo sistema sono di diverso tipo. Da una parte c'è chi dice che i risparmi previdenziali saranno del tutto insufficienti a ridurre lo squilibrio dei conti pubblici e che, per il cosiddetto "effetto annuncio" (comunicazione dei contenuti della riforma che provoca la mobilitazione dei soggetti interessati) aumenteranno i picchi delle richieste di pensionamento. Dall'altra si sostiene che una riforma delle pensioni deve mettere al centro almeno tre obiettivi irrinunciabili: il decollo e il consolidamento della previdenza complementare - individuando gli incentivi fiscali e le norme che favoriscono i fondi pensione -; reinvestimento dei risparmi derivanti dalla riforma pensionistica nel settore del welfare - in modo tale che la spesa non venga tagliata, bensì riequilibrata, essendo attualmente sbilanciata sul versante pensioni -; scelta di interventi che non siano penalizzanti per i giovani e che, anzi, li aiutino a costruirsi un futuro previdenziale.

* docente di Politica Sociale, Università di Venezia
www.segnato.it