



## **LA VITA BUONA NELLA SOCIETA' ATTIVA**

*Libro Verde sul futuro del modello sociale*

**Osservazioni di Compagnia delle Opere**

## OSSERVAZIONI GENERALI SUL “LIBRO VERDE”

L'impostazione metodologica del libro è ampiamente condivisibile per diversi ordini di motivi:

- Ipotizza un modello sociale che tiene conto di tutte le dimensioni umane (educazione, lavoro, servizi sanitari e servizi socio sanitari, etc) in una logica di politiche integrate capaci di superare l'attuale frammentazione.
- Pone al centro di questo modello la persona e la libertà di associazione (corpi intermedi), promuovendo una logica di dilatazione del principio di sussidiarietà come metodo per ridefinire un modello di *welfare* partecipato e delle opportunità.
- Chiama in causa le persone richiedendone una partecipazione attiva e responsabile come pre condizione per essere beneficiaria di qualsiasi politica di *welfare*.
- Prefigura una logica per cui nella filiera bisogni – tutele - responsabilità si esce dalla morsa del c.d *lib-lab* (mix di politiche liberiste e laburiste), che scambia flessibilità con sostegni di natura monetaria, per aprirsi a una logica di mobilità sociale, in cui la persona è accompagnata durante il suo percorso con l'offerta di servizi che ne migliorano la vita e relazioni sociali, la conciliazione dei tempi familiari con quelli lavorativi, etc.
- Supera il criterio della spesa storica, andando nella direzione del costo standard delle prestazioni.
- Afferma il valore della “presa in carico della persona” come centrale nelle politiche di *welfare* e come strumento per superare approcci di tipo assistenziale e pertanto deresponsabilizzanti.

Esistono tuttavia dei punti di attenzione o criticità che occorre tener presenti:

- a) La sussidiarietà non può essere ridotta alla bilateralità, limite d'altra parte già in parte presente nella legge Biagi. L'ipotesi di un sistema sempre più partecipato e basato sulla responsabilità ci trova concordi, ma ciò deve implicare un ampliamento dei soggetti coinvolti. Infatti, se i soggetti implicati sono esclusivamente le rappresentanze sindacali, si rischia di confermare un clima corporativo e di rendite di posizione che non favorisce né la libertà di scelta della persona, né la libertà di fare dei corpi intermedi. La possibilità di operare va dilatata a tutte le forme associative – compresi gli enti bilaterali e le altre forme associative - che possono assicurare un reale “fare comunità”.
- b) Se occorre riconoscere il valore del lavoro anche come funzione educativa, non si può ridurre ad esso o alla sola impresa (al limite ancora una volta mediata dalla bilateralità) il ruolo di costruzione di *capability*, cioè di quell'armamentario che rende possibile l'inclusione sociale e lo stesso inserimento lavorativo.
- c) Le risorse pubbliche dovranno essere indirizzate soprattutto alle persone che sono le titolari di diritti soggettivi non intermediabili e che agiscono avendo piena libertà di scelta. In tal senso giudichiamo positivamente il modello della dote attuato dalla Regione Lombardia (di cui diremo in seguito) e, nell'ambito assistenziale, gli esempi di sussidiarietà, quale l'accreditamento di asili nidi privati e l'assegnazione di un “buono spesa” direttamente alle famiglie, posti in essere in alcuni comuni toscani.
- d) Non si potrà prescindere dal modello di federalismo che verrà attuato, sia per quanto attiene alle competenze ordinamentali, sia per ciò che concerne gli aspetti di tipo fiscali, e ciò implicherà che gli

ammortizzatori sociali assumano la caratteristica di prossimità circa i territori in cui verranno utilizzati.

- e) In generale, ma soprattutto per il mezzogiorno, non si potrà prescindere dal legare il nuovo *welfare* a forme di intervento a sostegno dello sviluppo economico
- f) Se si vogliono affrontare problemi come quelli dell'immigrazione o delle nuove povertà, le politiche del lavoro andranno collegate concretamente alle politiche assistenziali.
- g) Se siamo concordi sulla riduzione degli sprechi e sul tagliare privilegi e interventi inefficaci, registriamo la necessità che parte rilevante di questi risparmi sia indirizzata a interventi in campo educativo e di inserimento lavorativo.
- h) Per quanto riguarda le politiche sociali, un punto estremamente critico è costituito dal rapporto "pubblico – privato" soprattutto a livello locale.

Attualmente il privato sociale è spesso considerato subfornitore a basso costo di servizi pianificati e organizzati dall'ente pubblico stesso. In questo senso giudichiamo con molta criticità il meccanismo degli appalti dei servizi alla persona. Essi sono strutturati in modo da rendere quasi impossibile una continuità del servizio che al contrario è un elemento imprescindibile per l'efficacia e l'efficienza dello stesso, soprattutto in ambiti particolarmente delicati quali sono ad esempio quelli connessi all'assistenza. Inoltre, manca quasi completamente una valutazione non puramente quantitativa (costo) del servizio stesso. In questo senso denunciavamo la grande diffusione da parte degli enti locali di un utilizzo strumentale del volontariato: le convenzioni tra ente pubblico e organizzazione di volontariato nella maggioranza dei casi richiedono prestazioni continuative e professionali in contrasto con la disciplina delle odv, nelle quali le prestazioni richieste ai volontari devono essere "libere" (articolo 3, legge 266/91).

Un altro nodo critico da sciogliere sarà quello di un sistema di "certificazione" degli enti che – al pari degli enti pubblici – potranno erogare servizi riconosciuti di pubblica utilità. Spesso è l'ente locale a stabilire gli standard qualitativi minimi (cfr libro verde, pagina 7), che nella maggior parte dei casi sono puramente legati alla qualità delle strutture, e non alla verifica dell'effettivo servizio reso.

Il nostro approccio al libro verde è stato settoriale. Pertanto, di seguito riportiamo le nostre osservazioni suddivise per "ambiti": lavoro, politiche sociali, salute.

## LAVORO

Per quanto riguarda *l'ambito lavoro*, ci siamo concentrati sulle risposte alle domande poste dal *libro verde*, in quanto le stesse ben esemplificano e sviluppano le nostre preoccupazioni in materia.

Riportiamo, di seguito, le risposte.

### **Domanda 1: deregolazione ed incentivazione**

Certamente la deregolazione e la semplificazione delle regole di gestione del lavoro è una riforma urgente, che dal lato delle imprese abbatta costi e – soprattutto - permette di cogliere possibilità. Peraltro, si tratta di una riforma priva di oneri e artefice di risparmio. L'iter burocratico riferito alle assunzioni dovrebbe essere ridotto al minimo, quale la produzione della comunicazione obbligatoria eventualmente integrata con dati aggiuntivi, laddove indispensabili. In una logica che valorizza i territori, si potrebbe anche ipotizzare che il sistema delle Camere di Commercio eserciti un nuovo ruolo sia in materia di semplificazione, sia nel ruolo di “garante” del rispetto normativo. In ogni caso è importante che i controlli in alcuni campi - quale a titolo esemplificativo quello dello *start up* imprenditoriale - non siano preventivi, ma siano effettuati *ex post*, affinché essi non dilatino a dismisura i tempi dello start up stesso.

In tema di contratti è utile ridurre gli ambiti di regolamentazione posti al livello nazionale, lasciando alla contrattazione decentrata e aziendale la possibilità di definire il quadro più adeguato dei rapporti (ad esempio legando salario e produttività, ma anche generando un mix adeguato di tutele monetarie e non monetarie). Sempre nell'ambito della contrattazione, è importante non attribuire un ruolo non adeguato alla bilateralità. Il sovradimensionamento di tale ruolo, infatti, ha funzionato come freno allo sviluppo di strumenti importanti quali l'apprendistato (diritto soggettivo del lavoratore) o l'utilizzo dei fondi interprofessionali (risorse di provenienza diretta delle imprese).

Infine l'incentivazione non può essere a pioggia (salari garantiti) e pertanto prescindere dalla responsabilità del soggetto, ma va trasformata in risorse da destinare ai soggetti più deboli che li possano utilizzare per l'accesso a un'ampia rete di servizi privati e pubblici, così come possono essere utilizzati per incentivare punti di eccellenza della rete (Giotto<sup>1</sup> –lavoro dei carcerati-, Edimar<sup>2</sup> e Cometa<sup>3</sup> –accoglienza-, Piazza dei Mestieri<sup>4</sup> – lotta alla dispersione-, San Patrignano –lotta alla tossicodipendenza-).

### **Domanda 2: Il ruolo delle relazioni industriali e le diverse transizioni verso e nel mercato del lavoro**

Le relazioni industriali possono offrire un contributo a un mercato del lavoro flessibile e al tempo stesso capace di riconoscere al lavoratore i suoi diritti. Tali relazioni devono però uscire definitivamente da una logica tutta e solo incentrata sulle tutele contrattuali e aprirsi a quella logica - condivisa a livello europeo sin dal trattato di Amsterdam del 1997 - che possiamo sintetizzare in “investire nelle persone e modernizzare il mercato del lavoro”. È questa una logica che si articola in quattro grandi aree di intervento: la “*flexicurity*” (libro verde europeo); la lotta alla

---

<sup>1</sup> Per informazioni sulla Cooperativa Giotto [www.coopgiotto.org](http://www.coopgiotto.org)

<sup>2</sup> Per informazioni sulla Gruppo Edimar [www.edimargroup.com](http://www.edimargroup.com)

<sup>3</sup> Per informazioni sul Gruppo Cometa [www.puntocometa.org](http://www.puntocometa.org)

<sup>4</sup> Per informazioni su Piazza dei Mestieri [www.piazzadeimestieri.it](http://www.piazzadeimestieri.it)

povertà attraverso politiche di inclusione attive; gli investimenti nella filiera istruzione e formazione; lo sviluppo delle competenze dei lavoratori.

Solo così si potrà facilitare il passaggio da un lavoro ad un altro e non rendere "obsolete" le conoscenze e le competenze dei lavoratori, oggi unico vero antidoto alla marginalizzazione di intere fasce di popolazione per le quali non vi è posto fisso che possa garantirle.

### **Domanda 3: Il sistema degli ammortizzatori sociali**

Gli ammortizzatori devono essere sempre più legati alle politiche attive, le sole capaci di favorire un maggior dinamismo e la crescita dei tassi di occupazione. Al sussidio diretto e senza condizioni, salvo casi eccezionali, è preferibile dunque un sistema premiante per i lavoratori che accettano di fare un "percorso" finalizzato all'inserimento o al reinserimento lavorativo, prevedendo anche forme di riconoscimento per le imprese che vengono coinvolte in questi processi.

Un elemento importante di questo processo è quello connesso all'accreditamento delle reti di servizi ed alla sua capacità di certificare le competenze acquisite dalle persone che svolgono attività formativa pura, così come nei casi di inserimento lavorativo relativi ai contratti misti formazione-lavoro (apprendistato, tirocini, etc).

Inoltre, come sopra detto, anche gli ammortizzatori sociali nel quadro di un nuovo federalismo dovranno assumere la caratteristica di prossimità e di valorizzazione delle reti, soprattutto di quelle del privato sociale. In tal senso desta preoccupazione che l'orientamento circa il piano inerente agli ammortizzatori sociali in deroga affidi la sottoscrizione dei patti di servizio con i lavoratori ai soli centri servizi pubblici per l'impiego.

La bilateralità può certamente giocare un ruolo nella definizione di aspetti di tipo mutualistico e assicurativo; ma tal ruolo deve mantenersi al livello della definizione delle politiche; la gestione degli strumenti operativi deve essere aperta a una pluralità di possibili operatori e deve essere resa possibile la scelta tra opzioni differenti - soprattutto per il variegato mondo delle piccole imprese - sia che si tratti di strumenti integrativi di tipo mutualistico, sia che ci si riferisca a risorse rese disponibili per i lavoratori nelle fasi di transizione lavorativa.

### **Domanda 4: *welfare to work* e sistemi formativi e di accreditamento.**

I sistemi di accreditamento nazionali - e molto spesso anche quelli regionali - sono fortemente incentrati su aspetti di natura formale; si è cercato di "alzare l'asticella" ponendo vincoli relativamente alla forma societaria, al tipo di contratto, alla dimensione delle sedi, etc. ma tali vincoli non garantiscono affatto che gli enti accreditati siano in qualche modo migliori di quelli non accreditati; né essi hanno generato una razionalizzazione del sistema.

Basti pensare che, da quando si è iniziato ad accreditare gli enti, il numero di soggetti accreditati è esploso. Occorre invertire la rotta, come è accaduto nell'esperienza lombarda in cui ci si è concentrati sugli *output* del processo e sui sistemi per rilevarli e valutarli, così come si è data enfasi alla valorizzazione delle reti, non imponendo forme o accordi precostituiti, ma offrendo ai diversi operatori l'opportunità di rendere più sinergiche ed efficaci le proprie azioni sulla filiera istruzione, formazione, inserimento o reinserimento lavorativo.

La natura multidimensionale dei fenomeni connessi alle problematiche di inserimento lavorativo fanno sì che sia impensabile ipotizzare che un singolo operatore (pubblico o privato che sia), senza agire in rete con altri possa rispondere alla molteplicità di problemi del soggetto, soprattutto in quei casi in cui esso sia maggiormente esposto al rischio di esclusione sociale.

### **Domanda 5: Il sistema di collocamento.**

La riforma degli ammortizzatori per politiche attive a carattere universale differenziate su target specifici necessita di un sistema informativo unico (dati Borsa lavoro, Inps, Inail) con accesso garantito a tutta la rete accreditata e ai singoli beneficiari.

Il sistema, così concepito, permette la personalizzazione dei servizi integrando gli interventi di tipo sociale con le politiche di formazione e lavoro. Questa impostazione, che mette in rete gli operatori pubblici e privati, garantisce la cooperazione tra gli operatori e consente la costruzione di percorsi di ricerca del lavoro personalizzati sui singoli soggetti.

Si tratta di qualcosa di diverso dal sistema del collocamento pubblico, ma anche dell'ipotesi di borsa lavoro progettata negli ultimi anni. Anche in questo caso, occorre valorizzare le reti private, spesso settoriali o specialistiche, che stanno sul mercato in condizioni efficienti. Tale valorizzazione favorirebbe una maggior integrazione e trasparenza del mercato e diverrebbe la piazza in cui i vari soggetti privati possono verificare lo stato dei beneficiari e avere un quadro complessivo delle politiche. Un sistema siffatto prevede un'integrazione tra le azioni di competenza dello Stato (fissazione di standard minimi) delle regioni (fulcro delle politiche sanitarie e formative) delle province (sistema del lavoro e centri per l'impiego) e dei comuni (servizi sociali); tali azioni dovranno essere connesse a dei "punti di contatto" sul territorio (pubblici, privati e del privato sociale). La *governance* di questo sistema dovrebbe condurre a una valutazione delle politiche non più fondata sull'accreditamento effettuato ex ante in base a criteri formali, ma strutturata come un vero e proprio sistema di rating degli operatori.

### **Domanda 6: Sistema della formazione: alternanza apprendistato e capacità formativa dell'impresa.**

Sul sistema della formazione occorre distinguere tra ambiti differenti:

a) apprendistato e l'alternanza: si tratta dello strumento maggiormente in crisi per una serie di motivi; innanzitutto vi è un quadro normativo in evoluzione; per quanto attiene l'apprendistato (articolo 48) esso risulta bloccato dalla mancata attuazione del Dlgs 226/05; per quel che concerne l'alternanza, occorre dare attuazione al Dlgs 77/2005. Inoltre, l'innalzamento dell'obbligo di istruzione a 16 anni ha limitato le possibilità dei giovani, soprattutto di quelli in formazione professionale. Infine, si registra una forte conflittualità tra le parti sociali che spesso da luogo a veti che rendono inagibili gli istituti.

b) La formazione continua e permanente: fermo restando il giudizio positivo riportato nel *libro verde* sul valore anche educativo del lavoro, è tuttavia urgente giungere a un quadro condiviso di certificazione delle competenze, certificazione che richiede una terzietà dall'azienda e che può vedere in un adeguato sistema di accreditamento una possibile soluzione. Inoltre, il tessuto imprenditoriale italiano vede una netta prevalenza di PMI che faticano ad elaborare attività formativa, anche *on the job* e ciò rende il sistema della formazione professionale un'importante risorsa. In questo contesto è importante giungere alla definizione di un quadro di standard professionali - inteso come insieme di competenze descritte per figura professionale, compatibile con quello europeo - che porti a un linguaggio comune tra sistema della formazione e tessuto produttivo. Un quadro che deve nascere da un dialogo che coinvolga tutti gli attori (imprese, enti formativi, associazioni, etc).

c) La formazione iniziale: una delle priorità nella lotta alla dispersione scolastica e all'esclusione sociale è il portare a ordinamento e a regime il sistema del *diritto dovere*. In questo campo il sistema degli enti ha molti punti di eccellenza e deve essere sostenuto sia dal punto di vista legislativo, sia finanziariamente. In particolare, occorre seguire i nuovi criteri di riparto delle risorse che premiano chi lavora e produce risultati e non chi conteggia i dispersi per avere risorse che poi non usa o usa male. In tale direzione vanno alcuni recenti tentativi di accordo sviluppatisi nell'ambito della conferenza Stato Regioni. Tra le altre cose ci pare poi fondamentale segnalare l'importanza che rivestono i percorsi di formazione tecnica e professionale, sia per il recupero del fenomeno di abbandono scolastico, sia per il recupero delle professioni artigiane altrimenti non più assicurate da un settore formativo adeguato (botteghe-scuola ecc.).

Più in generale, a prescindere dal tipo di formazione, ribadiamo la centralità della tutela del capitale umano della persona e quindi del ruolo che la rete di servizi accreditati esercita (attraverso tutor) nella certificazione delle competenze in ogni percorso formativo (sia on the job che in aula) e lavorativo.

Questo sistema può essere sostenuto da un criterio generale che è la presa in carico del soggetto e che si avvale di meccanismi quale quello della *dote*<sup>5</sup>. Ciò sta

a significare che anche la formazione finanziata con risorse pubbliche deve potere essere scelta dal soggetto a cui vengano assegnate risorse specifiche; in tal senso i centri pubblici e privati debbono essere sottoposti a valutazione e a un regime di concorrenza tramite la scelta individuale e delle famiglie.

Infine un'attenzione particolare va dedicata al tema delle risorse. Se è condivisibile una politica che porti a ridurre gli sprechi e le inefficienze altrettanto decisivo è che gran parte di questi risparmi sia reinvestito nel campo delle politiche attive al fine di offrire le necessarie garanzie di continuità agli interventi. Inoltre anche l'ammontare delle risorse è decisivo, in tal senso appaiono veramente insufficienti i circa 200 milioni di euro annui stanziati a favore della formazione iniziale, così come i 450 milioni previsti dal piano degli ammortizzatori sociali in deroga. Si tratta di stanziamenti che ricalcano ordini di grandezza simili a quelli del passato (peraltro già insufficienti negli anni precedenti) in cui la situazione generale del paese era radicalmente diversa da quella attuale. Se è vero che siamo di fronte ad un'emergenza educativa è che il lavoro è la principale risorsa per combattere la povertà e l'esclusione sociale occorre essere coerenti sino alla scelta delle priorità a cui destinare le risorse. D'altro canto i costi derivanti dalla marginalizzazione e dalle forme di devianza che spesso ne derivano sono ben più alti di quelli relativi a

---

<sup>5</sup> Di seguito riportiamo una sintesi del sistema *dote*, come sperimentato con successo nella regione Lombardia. La fase attuale ne vede l'applicazione per il settore scuola – formazione – lavoro, ma tale *sistema* può essere esteso – con i dovuti adeguamenti - a tutti i servizi alla persona. Esso si basa su:

dote: risorse economiche definite ex ante e non a rimborso, stanziati per le persone - individuate come portatrici di tutele / diritti – sulla base di target; non più un istituto a rimborso, bensì una modalità che attraverso un contributo certo e noto possa favorire/influenzare effettivamente la libertà di scelta;

accreditamento: la dote può essere spesa presso la rete di servizi accreditati (pubblici e privati). L'estensione dei punti di accesso alla rete è ottenuta con bassa soglia per l'accreditamento formale (conta la volontà di presa in carico della persona) e verifiche a risultato. Per attività che richiedono autorizzazioni, gli enti accreditati sono obbligati a operare in rete con agenzie autorizzate;

percorsi personalizzati: il contratto fra persona e ente accreditato definisce il percorso di servizi (con progetto personalizzato) finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo previsto dalla dote (lavoro, competenze ecc.);

target: sono definiti da obiettivi quantitativi previsti dal Piano d'azione pluriennale;

obiettivi: quantitativi e verificabili, quali il raggiungimento di nuova occupazione, la certificazione di competenze, la frequenza scolastica ecc. Se tali obiettivi non raggiunti, i servizi resi sono coperti solo al costo;

verifiche: sistema di monitoraggio ex-post e di valutazione che premia sulla base certa (obiettivi raggiunti) i singoli enti accreditati.

N.B. L'iniziativa lombarda è stata intrapresa considerando il sistema degli ammortizzatori sociali così come è. Per quanto riguarda il lavoro ciò ha permesso un intervento solo su fasce di inoccupati/disoccupati che non godessero di sostegni al reddito.

interventi preventivi, così come se il problema è l'economia reale e il c.d. capitale umano è il fattore decisivo per la creazione di ricchezza non ci si può esimere dal muoversi nella direzione di adeguati investimenti nei campi citati.

## POLITICHE SOCIALI

### **IL PROTAGONISMO DELLA PERSONA E DEI CORPI INTERMEDI**

Un sistema sussidiario presuppone che chi voglia tentare una risposta dal basso sia posto nelle condizioni di poterlo fare, e di farlo al meglio. In tal senso l'urgenza attuale che rileviamo è quella di liberare energie, mettendo il privato sociale nelle condizioni ottimali di agire.

In questo senso, è urgente un'armonizzazione della disciplina del non profit, che allo stato attuale è spesso contraddittoria e assolutamente non adeguata a ciò che gli enti non profit sono e fanno.

Di seguito riportiamo alcune problematiche relative a norme non adeguate a leggere la realtà:

1. le ONLUS possono svolgere solo le attività previste nel D.Lgs 460/97. Altre attività che sarebbero utili per il proprio autofinanziamento (e pertanto per abbattere il costo delle prestazioni in capo a ente pubblico – utente) non possono essere svolte. Per esempio: una fondazione vorrebbe vendere i pasti prodotti dalle proprie cucine al vicino ospedale, ottimizzando l'utilizzo delle proprie strutture e così facendo abbattendo i propri costi e i costi dell'ospedale; non può però farlo, in quanto la vendita di pasti è considerata un'attività estranea che porta alla perdita della qualifica di ONLUS, pur essendo questa assolutamente marginale.

Ipotesi di modifica del D.Lgs 460/97

Modificare nel modo seguente la lettera c) dell'articolo 10, comma 1:

*c) che la somma delle entrate derivanti dalle attività previste alla lettera a) e dalle attività ad esse direttamente connesse costituiscano almeno l'80% delle entrate complessive dell'ente.*

Aggiungere il comma 3 all'articolo 12:

*3. Le entrate derivanti da attività diverse da quelle istituzionali e connesse sono considerate attività commerciali;*

Aggiungere la lettera c) all'articolo 25, comma 1:

*c) in relazione alle eventuali attività diverse da quelle di cui alle lettere a) e b), tenere la contabilità separata ai sensi dell'articolo 144 del DPR 917/86 e 19 ter del DPR 633/72.*

2. attualmente la nozione di "persona svantaggiata" recepita nel nostro ordinamento è molto limitata e non comprende tutte le reali situazioni di svantaggio, pur esistendo interessanti prese di posizioni regionali, quali la LR 23/06 della regione Veneto.

La disciplina delle cooperative sociali (legge 381/91) - ONLUS di diritto - , all'articolo 4 definisce persone svantaggiate "gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione".

La definizione non abbraccia tutte le tipologie di svantaggio che normalmente incontriamo. Ad esempio, molte cooperative inseriscono lavorativamente ragazzi in situazione di svantaggio familiare. Ma un ragazzo con problemi familiari è considerato svantaggiato solo se minore.

Al compimento della maggiore età non è più considerato tale e, pertanto, non rientra più nella percentuale del "trenta per cento di lavoratori svantaggiati" che una cooperativa deve avere tra i propri lavoratori al fine di essere considerata sociale.

Pertanto, le cooperative che inseriscono lavorativamente soggetti spesso considerati "a rischio" nella maggior parte dei casi non riescono ad acquisire la qualifica di cooperative sociali.

È lo stesso problema che devono affrontare le cooperative che si occupano di avviare al lavoro ex detenuti. Il periodo successivo a quello carcerario è di fondamentale importanza per l'inserimento sociale delle persone, che a tutti gli effetti vertono in una situazione di svantaggio. Eppure, non appena fuoriusciti dal carcere, la condizione di svantaggio, come prevista dall'attuale normativa, cessa di essere applicabile al soggetto.

Per superare tali limiti è necessario:

- armonizzare la definizione di svantaggio presente nel nostro ordinamento con quanto previsto in ambito europeo dal regolamento CE del 12 dicembre 2002 n. 2204/2002;
- prevedere aggiustamenti temporali alla norma (ad esempio: per i minori in situazione di difficoltà familiare la condizione di svantaggio debba essere posseduta solo al momento dell'ingresso nella cooperativa; prevedere che la condizione di svantaggio per un carcerato si protrae per un congruo periodo successivo alla fuoruscita dal carcere).

Ipotesi di modifica della legge 381/91, aggiungere il comma 4 all'articolo 4

*Per i minori in età lavorativa in situazione di svantaggio familiare e per i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione, la condizione di svantaggio, se esistente al momento dell'inserimento del lavoratore in cooperativa, ai fini del conteggio della percentuale del trenta per cento di cui al comma 2 e delle agevolazioni contributive di cui al comma 3 del presente articolo, permane per i 24 mesi successivi la sua avvenuta e documentata cessazione.*

### **3. possibilità di assolvimento dell'obbligo di assunzione di soggetto svantaggiato anche tramite l'inserimento di quest'ultimo in cooperativa**

È urgente l'ideazione e/o la messa a punto di strumenti legislativi che favoriscano l'inserimento lavorativo di lavoratori svantaggiati, soprattutto in realtà produttive (come talune cooperative sociali) adeguate a facilitare tale inserimento in quanto create per il perseguimento di tale finalità.

Posto il fatto che il dlgs 112/08 ripristina l'articolo 14 del dlgs 276/03, tale articolo non è però sufficiente a favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati.

Infatti:

- chi non produce o comunque opera in settori particolari non sempre può affidare commesse a una cooperativa sociale, perché non sempre il proprio settore di attività è compatibile con quello della cooperativa. Sarebbe pertanto utile svincolare l'inserimento del disabile per conto dell'impresa dal

procacciamento di una commessa. Al fine di evitare che per l'azienda si tratti di un modo di evitare il farsi carico del problema della disabilità e che si vada verso la creazione di "ghetti", si può ricorrere a strumenti di corresponsabilità più adeguati al problema, quali quelli suggeriti dagli studi sulla responsabilità sociale dell'impresa.

- Inoltre, allo stato attuale vi è l'obbligo di passare attraverso le convenzioni provinciali che spesso complicano e burocratizzano il tutto. Oltre al fatto che spesso impongono che la commessa fornita dall'azienda alla cooperativa abbia durata pluriennale.

- Il semplice strumento del distacco non può ovviare al problema, in quanto: a) il distacco deve prevedere un interesse del distaccante e della società distaccataria (in questo caso la coop. sociale) e ci sembra che possa essere considerato interesse l'adempimento della legge sul collocamento obbligatorio; b) se una cooperativa sociale di tipo b) assume un disabile non paga i contributi; se lo assume l'azienda e lo distacca, li paga; c) non è così semplice modificare le attuali norme sul distacco, in quanto l'attuale formulazione corrisponde a quanto previsto in sede comunitaria

Oltre a una modifica dello strumento dell'articolo 14, un altro punto di fondamentale importanza è la possibilità di estendere alcuni sgravi contributivi anche ai disabili assunti in azienda.

Infatti, un disabile assunto in coop sociale di tipo "b":

- non paga i contributi ne conto azienda ne conto lavoratore (l.381/91)
- può derogare ai minimi contrattuali per i primi anni (previsione del contratto collettivo coop.sociali).

Un disabile assunto da un'impresa:

- beneficia dell'esonero dei contributi solo per un massimo di otto anni e solo se il disabile abbia una riduzione della capacità lavorativa superiore al 79 per cento o minorazioni ascritte dalla prima alla terza categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra; la medesima fiscalizzazione viene concessa in relazione ai lavoratori con handicap intellettuale e psichico, indipendentemente dalle percentuali di invalidità, secondo i criteri stabiliti dalle regioni;
- la riduzione è invece solo del 50 per cento, per la durata massima di cinque anni, dei contributi previdenziali ed assistenziali relativi ad ogni lavoratore disabile che abbia una riduzione della capacità lavorativa compresa tra il 67 per cento e il 79 per cento o minorazioni ascritte dalla quarta alla sesta categoria di cui alle tabelle citate nel punto precedente.
- nulla spetta se siamo sotto il 67%

Per ottenere il beneficio deve seguire un iter estremamente lungo e complesso.

Infine, è importante prevedere per particolari situazioni di svantaggio (nei quali – evidentemente – l'inserimento lavorativo ha una forte componente assistenziale) la possibilità che il salario sia in qualche modo proporzionato all'effettiva resa del lavoratore.

**4.** È urgente un intervento di riordino della disciplina fiscale delle erogazioni liberali. Attualmente ci troviamo in presenza di norme contraddittorie e non chiare, che disincentivano la donazione<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Su questo punto stiamo lavorando a delle proposte.

5. Gran parte delle organizzazioni non profit svolge la propria attività avvalendosi di volontari: il lavoro gratuito, in Italia, fa parte della nostra tradizione ed è presente in quasi tutte le forme di privato sociale. Ma le norme che prevedono la possibilità di avvalersi di prestazioni volontarie per il perseguimento delle proprie finalità sono molto limitate: la legge 266/91 sulle organizzazioni di volontariato; la legge 381/91 sulle cooperative sociali, la legge 383/00 sulle associazioni di promozione sociale e la legge 118/05 sull'impresa sociale.

Sarebbe importante una norma che prendesse atto di ciò che avviene quasi ovunque e, pertanto, prevedesse per tutti gli enti senza scopo di lucro la possibilità di avvalersi di lavoro volontario.

Proposta di legge:

*“Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge 266/91, dalla legge 381/91, dalla legge 383/00 e dal D.Lgs 155/06, tutti gli enti senza scopo di lucro costituiti ai sensi del libro I, titolo II, capo II del codice civile possono avvalersi, per lo svolgimento delle loro attività istituzionali, di prestazioni di lavoro volontariato. All'attività di volontariato si applicano gli articoli 2, 4 e 17 della legge 11 agosto 1991, n. 266.”*

6. Molte realtà sociali, per dare una “risposta globale ai bisogni della persona” devono costituire una pluralità di soggetti giuridici. Ad esempio, abbiamo realtà che operano nel settore dello svantaggio giovanile, che hanno dovuto costituire: una fondazione per la proprietà degli immobili; una cooperativa per far lavorare i ragazzi; un'associazione di promozione sociale per poter avere la licenza del circolo in cui i ragazzi passano il tempo libero; una associazione sportiva dilettantistica per poter far fare sport ai ragazzi assicurandoli; una associazione di volontariato per le persone che a titolo gratuito danno una mano all'opera.... e i ragazzi sono sempre gli stessi.

Sarebbe sufficiente un coordinamento tra le norme per evitare queste complicazioni.

In tal senso ci sembra indispensabile che sia messo mano a un testo unico sul non profit.

6. È importante che possa essere reso il più possibile agevole l'inserimento lavorativo di soggetti in abbandono scolare che assolvono all'obbligo formativo attraverso percorsi di formazione professionale.

Ad esempio sarebbe importante che il periodo dello stage venisse portato a 24 mesi; che venga riconosciuto lo “svantaggio sociale” dei ragazzi in situazione di abbandono scolare; che i ragazzi che frequentano l'ultimo anno di percorso professionale possano produrre lavoro spendibile anche al di fuori dell'ente di formazione (ad esempio, per i ragazzi che frequentano corsi afferenti il settore della ristorazione, che il cibo prodotto possa essere – se non venduto – almeno donato a enti benefici o assistenziali).

In generale, occorre che il periodo di stage venga considerato alla stregua di un periodo di formazione, equiparato a un percorso di apprendimento in contesti non formali.

Infine, occorrerà prevedere deroghe alla disciplina del collocamento obbligatorio per ragazzi che fuoriescono da percorsi formativi.

Tutti questi suggerimenti non comportano maggiori oneri per le casse dello stato e rendono possibile risparmio di tempo e denaro per i soggetti non profit, che potrebbero così con più efficacia dedicarsi alla propria *mission*.

### **Le reti**

Il libro verde in molti punti richiama la necessità delle reti.

La nostra esperienza dice che una rete non può essere creata dal nulla. La rete presuppone un'educazione alla valorizzazione dell'altro, nella tensione a una costruzione comune.

In questo senso, una certa concezione di rete che vede l'ente locale assurgere la funzione di demiurgo, coordinatore (e *legittimatore*) di reti spesso create a tavolino non ha alcuna chance di produrre risultati, se non quella di imprigionare risorse.

Invece, abbiamo esempi molto positivi di enti esistenti e operanti sul territorio, quale *ProntoBanco* in Sicilia. Si tratta dell'utilizzo della rete che già si era formata intorno al Banco Alimentare, costituita dagli enti che beneficiavano della distribuzione di cibo. Dunque, la prima caratteristica è questa: la rete già c'era. Per formare reti realmente operative occorrono tempo e lavoro. Non è possibile creare una rete dal nulla. Come già il Banco Alimentare, anche questa iniziativa nasce da una semplice osservazione: chi meglio degli enti che operano sul territorio conosce le esigenze e le emergenze sociali del territorio stesso? E chi meglio può rispondervi? Se il problema è un coordinamento, strutturiamolo.

Così un semplice *call center* e un *data base* contenente l'elenco degli enti e le loro possibilità di fornire risposte (aree di intervento, possibilità di accoglienza residenziale sempre aggiornata ecc...) ha permesso che si affrontassero con successo – nel solo 2007 e nella sola regione Sicilia – 1022 “casi”, relative a povertà, disagi psicologici, famiglie in difficoltà.

L'ente pubblico ha riconosciuto l'esistenza della rete supportandone i costi, ma non è intervenuto nella sua realizzazione, se non proponendo le proprie esigenze. Il dato interessante è che questa rete, non gestita dall'ente pubblico, è però da questo pesantemente utilizzata: più del 90% delle segnalazioni sono, infatti, effettuate da servizi sociali.

## SALUTE <sup>7</sup>

### Risorse del sistema e regole principali

Il vero problema legato al finanziamento del sistema è che lo stesso è ancora esclusivamente legato alla spesa storica. Sulla carta la attribuzione delle risorse avviene su quota capitaria pesata ma nei fatti, basta vedere i trend dei costi, tutte le regioni hanno sempre un finanziamento che non è mai meno dell'anno prima e che ha una % di incremento prossima a quella media nazionale.

Il 60/70% delle risorse non impiegate per finanziare servizi e prestazioni acquistati da strutture private accreditate o dalle farmacie è assorbito dai costi del personale che rappresenta un costo nel breve medio termine difficilmente comprimibile. Il rischio quindi di un minore finanziamento senza entrare nel merito delle differenze tra le regioni è quello di tagliare i servizi dovendo le regioni comunque garantire gli stipendi ai dipendenti di ruolo.

Di seguito alcune proposte:

- 1) definire, sulla base delle informazioni derivabili dai flussi informativi ufficiali, gli indicatori di consumo per le principali voci: ricovero, specialistica ambulatoriale e farmaceutica.
- 2) Correlare i costi con i servizi erogati per capire se i costi alti ed i disavanzi sono correlati a maggiori consumi di prestazioni o ad una inefficiente gestione delle ASL e degli ospedali pubblici.
- 3) Individuare quindi, regione per regione, le cause principali di eccesso di spesa e finanziare i sistemi con obiettivi specifici di recupero di efficienza (di costi) e, perché no, in alcuni casi di implementazione di servizi essenziali oggi poco garantiti. Accompagnare le regioni significa dare obiettivi di rientro molto specifici. Se il problema è il personale è su questo che si deve lavorare altrimenti, ripeto, si tagliano i servizi ed i costi per acquisizione di farmaci e di presidi costosi ma necessari
- 4) Di sicuro tutte le regioni devono essere obbligate ad introdurre l'accreditamento istituzionale che permette di definire in modo chiaro l'entità dell'offerta (posti letto ad esempio) e che definisce il bisogno di personale sanitario sulla base delle attività fatte e non di vecchie piante organiche legate a modelli sanitari vecchi di almeno 20 anni.
- 5) E' chiaro, alla luce di queste osservazioni, che il sistema deve individuare per le principali voci dei LEA dei costi standard di riferimento e su questa base deve essere progressivamente corrisposto il finanziamento del SSN
- 6) Legato all'accreditamento è il problema della verifica della qualità dei servizi e dei controlli sulla appropriatezza degli stessi. Ciò vale per tutte le strutture, sia pubbliche che private! Ad oggi i controlli di questo tipo sono praticamente inesistenti e la Regione Lombardia sembra essere, nonostante gli attacchi ideologici oggi in atto, all'avanguardia. Ad esempio la relazione annuale della corte dei conti – sezione Lombardia – permette di capire come può essere sviluppato un discreto sistema di controllo. Da altre Regioni al riguardo è molto difficile trovare dei contributi.
- 7) I due temi precedenti (accreditamento e controlli di qualità ed appropriatezza) rappresentano le basi per il passaggio del sistema pubblico dalla gestione prevalente dei servizi al governo e la programmazione degli stessi. Il servizio resta pubblico anche se la sua erogazione è effettuata da soggetti di tipo privato. Regole e controlli certi permettono di coinvolgere nella erogazione dei servizi in modo paritario con le strutture pubbliche tutti i soggetti di diritto privato che accettano le regole ed i principi del sistema. Così facendo si

---

<sup>7</sup> Questo contributo è stato realizzato dall'Associazione Medicina e Persona, per informazioni [www.medicinaepersona.org](http://www.medicinaepersona.org)

possono coniugare le due necessità, apparentemente opposte, di coniugare un sistema pubblico con una erogazione dei servizi efficiente e trasversale tra i soggetti e le imprese in grado di fornirli.

- 8) Dal punto di vista delle necessità emergenti si rileva che la cronicità, che concentra il 70% dei consumi di servizi e di farmaci, rappresenta il primario punto di interesse e suggerisce anche delle ipotesi di riorganizzazione e di riorientamento di alcune strutture ospedaliere ed un ruolo più incisivo ed autorevole della Medicina di Base.
  - a. I piccoli ospedali possono diventare i centri di governo territoriale delle patologie cronico degenerative permettendo al bisogno delle forme leggere di ricovero in supporto alle famiglie ed in raccordo con gli ospedali per acuti e con l'assistenza domiciliare integrata. Sempre nei piccoli ospedali possono essere concentrate delle attività ambulatoriali quali la dialisi e quelle di primo livello necessarie ai medici di medicina generale per avere risposte ai basilari quesiti diagnostici.
  - b. I medici di medicina generale possono diventare il riferimento principale per i pazienti cronici e rappresentare una vera forma di governo e di integrazione degli altri servizi territoriali. Non devono diventare necessariamente degli erogatori di prestazioni ma di sicuro possono integrare e coordinare chi già nel territorio le garantisce. Per favorire questo ruolo può essere importante sperimentare, in gruppi numerosi di cure primarie, la definizione di una dote di risorse / assistito e permettere ai medici di medicina generale, in accordo con le ASL, di negoziare i servizi con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati. Per iniziare questa dote potrebbe essere relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- 9) E' necessario ripensare la partecipazione alla spesa (ticket) e le esenzioni in un'ottica che permetta di far leva sulla responsabilità delle persone. Tutti pensiamo che ciò che non ha un costo vale poco. Sarebbe opportuno pensare ad una modalità di partecipazione alla spesa che preveda una franchigia annua / cittadino fino alla quale si pagano le prestazioni ed al di sopra della quale non si paga più nulla. Per i cronici ad esempio basterebbe fissare una quota massima annua di partecipazione alla spesa di 50/70 euro, di per sé insignificante ma sufficiente a responsabilizzare sul valore dei servizi di cui si usufruisce. La carta SIS nazionale permetterebbe di gestire agevolmente questa franchigia / cittadino.

## **La ricerca**

Le seguenti proposte si basano su alcuni principi fondamentali: meritocrazia, competizione, flessibilità, ottimizzazione delle risorse disponibili.

- 1) L'elemento umano – il sostegno ai progetti scientifici dei giovani ricercatori: Attualmente i finanziamenti vengono dati solo a ricercatori senior e non esistono piccoli grants per iniziare i giovani all'attività di preparazione e gestione di un progetto di ricerca.  
Proposta: introdurre grants triennali destinati ai giovani ricercatori che di tali progetti sono i proponenti e i principali investigatori. E' un modo per aiutarli a crescere.
- 2) Il personale amministrativo: molti ricercatori italiani si sono formati all'estero ed hanno acquisito una visione internazionale del loro lavoro. Purtroppo il personale amministrativo (direttore ufficio acquisti, direttore del personale ecc) che in Italia è responsabile di gestire e organizzare la ricerca è di livello molto basso. Queste persone non sempre scelti per criteri di merito, sono nella gran parte personaggi assunti a

tempo indeterminato e ormai demotivati a lavorare e migliorarsi, individui con una visione provinciale della vita e del lavoro, molto spesso non conoscono l'inglese che è la lingua in cui si esprime il mondo scientifico e anche quello amministrativo-scientifico.

Proposta: creazione di una scuola per la formazione del personale amministrativo della ricerca. Si tratta di creare una nuova classe dirigente per l'amministrazione della ricerca.

- 3) I finanziamenti per la ricerca: i fondi che l'Italia investe in ricerca sono pochi e ben al di sotto di ciò che è stato indicato nel trattato di Lisbona.

Proposta: programma quinquennale per incrementare gli investimenti sia pubblici che privati nella ricerca.

- 4) Gli IRCCS: attualmente gli IRCCS non hanno un mandato chiaro e consolidato; il loro futuro è incerto, la loro missione varia con il Ministro di turno e i finanziamenti attribuiti attraverso la Ricerca Corrente sono inadeguati.

Proposta: trasformare il sistema degli IRCCS avendo come modello di riferimento gli istituti di ricerca interni al National Institute of Health. Questo processo dovrà necessariamente comportare una profonda revisione dell'attuale sistema di accreditamento, con una netta riduzione del numero degli IRCCS sulla base di rigorosi criteri meritocratici (produzione scientifica, qualità della ricerca traslazionale, capacità di attrazione di risorse, analisi degli audit clinici). Successivamente, il Ministero dovrà impartire ad ogni Istituto delle direttive di carattere strutturale, organizzativo e scientifico per ogni specifico settore di ricerca. In ultimo, sono necessari meccanismi di controllo periodico da parte di commissioni di esperti di livello internazionale.

### **Valorizzare le professioni in sanità**

Si sottolineano tre aspetti chiave per valorizzare pienamente le professioni in sanità

- 1) Difendere l'originalità e la peculiarità dell'attività professionale in medicina. La medicina oggi sta riconoscendo la necessità di un approccio integrale alla persona umana, sia del paziente, ma anche del medico. Ne è testimonianza l'iniziativa di *Lancet*, una delle più autorevoli riviste scientifiche, che a partire dal gennaio di quest'anno ha dato il via a una "rubrica" settimanale intitolata "*The art of medicine*". Nell'editoriale di presentazione si afferma: «La maggior parte delle pagine di *Lancet* sono naturalmente dedicate alla ricerca scientifica e ai fondamenti tecnici che sostengono il progresso medico. Ma la medicina è influenzata da una serie di fattori che hanno poco a che fare con la scienza. Essa è un processo anche sociale e culturale, ed è condizionata da un inevitabile legame con la storia, la letteratura, l'etica, la religione e la filosofia - in breve -, essa ha un'implicazione umanistica, e deve ammettere un ruolo per quelle branche dell'insegnamento che hanno più a che fare con l'analisi e l'interpretazione che non l'empirismo e l'evidenza» (Faith McLellan, *Lancet* 2008/1).

Una medicina che abbia "cura" della persona non può essere meccanicista, ma deve essere risolutamente umanistica: essa cioè deve ammettere che l'ambito dove si gioca la ragione e l'efficacia del suo compito è innanzitutto la relazione umana.

Una medicina autentica non può arrendersi a considerare la malattia come un "guasto" della macchina umana, né può considerarla solo come una variazione dei parametri caratteristici dello stato di salute. Essa deve riconoscere la malattia come una nuova dimensione della vita, non solo, ma una dimensione che apre (spesso in modo drammatico) alla domanda circa il senso e il significato del vivere.

La stragrande maggioranza della realtà clinica costringe, infatti, i medici a convivere con il limite e la malattia, non solo, ma li invita soprattutto ad entrare in rapporto “affettivo” con l'uomo che la porta. E allora è proprio qui che si gioca la sfida, drammatica e affascinante insieme, della medicina: l'impossibilità di separare anche i più semplici atti clinici dal coinvolgimento, ultimamente affettivo, con l'altro. Perché ci si può prendere cura sino alla fine solo di ciò che si ama, cioè solo di ciò che si riconosce legato, anche magari solo per pochi istanti, ore o giorni, al proprio destino.

Comunque lo si voglia intendere: come diritto/dovere, come solidarietà, o con il termine con cui la tradizione cristiana cui apparteniamo l'ha definito, come carità, l'amore al singolo uomo è dell'essenza della pratica medica.

Proprio per questo la pratica medico-clinica, come richiama il codice deontologico ha come primo compito quello di tutelare la vita, la salute fisica e psichica dell'uomo ed il sollievo dalla sofferenza.

Queste enunciazioni non appaiono demagogiche, ma evidenziano la peculiarità del rapporto medico-paziente che deve essere salvaguardato da ingerenze esterne qualsiasi sia il livello di criticità del paziente; eventi recenti resi di dominio pubblico (Terry Schiavo, Englaro) dimostrano quanto sia pericoloso che altri (es. i giudici) stabiliscano criteri clinici in base ai quali dichiarare non più assistibile un paziente.

## 2) Una modifica vera del rapporto fra professioni e SSN

Alla luce del quadro normativo dei primi anni novanta (D.Lgs. 29/93 e successive modifiche) è stato riformato il lavoro del pubblico impiego col passaggio da un rapporto di lavoro di tipo “pubblicistico” ad uno “privatistico” regolato dal CCNL. Questo cambiamento è stato dettato dalla necessità di responsabilizzare soprattutto le categorie dirigenziali e quindi anche i Medici alla gestione dell'attività ed agli obiettivi aziendali. Di fatto questo cambiamento giuridico del rapporto/contratto di lavoro, che poteva orientare lo stipendio soprattutto dei medici sul merito e sul raggiungimento sostanziale degli obiettivi attraverso sistemi premianti reali, ha nell'attuazione dei vari CCNL riproposto il vecchio modello garantista con sistemi incentivanti legati di fatto a logiche formali dell'attività (es. anzianità di carriera, esclusività di rapporto con il SSN). Questo fa sì che all'interno delle aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, le condizioni esistenti fanno sì che medici e infermieri assumano gli atteggiamenti che abbiamo imparato ad aspettarci dai “dipendenti statali” poiché la loro retribuzione non è ancorata alla responsabilità, complessità, efficacia ed efficienza delle prestazioni. L'imposizione di un unico salario, indipendentemente dalle responsabilità e dall'impegno, toglie ogni caratteristica professionale soprattutto al lavoro del medico. Nel confronto con gli altri Paesi Europei si evidenziano forti diversità in merito al tipo di contratto dei medici, all'orario settimanale, ai criteri di selezione ed all'esercizio della libera professione. A tipologie di contratto tipiche del pubblico impiego (Italia, Grecia) si affiancano tipologie di contratto privato normale/speciale (Austria, Francia, Germania, Regno Unito, Olanda, Svezia); i criteri di selezione ed il soggetto che conferisce gli incarichi sono diversi: in alcuni paesi i medici sono assunti per chiamata diretta sulla base del curriculum professionale con contratti gestiti a livello dipartimentale<sup>8</sup>.

Per un nuovo rapporto fra professioni e sistema ci sembrano pertanto urgenti interventi che permettano:

---

<sup>8</sup> G. Thieme: *Medicine and Medical Education in Europe – The Eurodoctor*, N.Y. 1998

- di abbandonare un modello contrattuale unico come quello attuale ad alta garanzia con riconoscimento economico medio-basso uguale per tutti ed introdurre, come già avviene nella maggior parte dei Paesi Europei, flessibilità contrattuale e tipologie di rapporto di lavoro che riconoscano il merito ed la capacità professionale;
- gli incentivi stipendiali devono poter essere sempre più legati al raggiungimento di obiettivi assistenziali e professionali “misurabili” (*outcomes professionali*), oltre che al raggiungimento di risultati di esercizio (budget). Occorre che le categorie professionali siano disposte a farsi misurare su qualità, responsabilità e competenza professionale, accettandone ovviamente il “rischio conseguente” anche da un punto di vista stipendiale;
- senza arrivare a definire “gabbie salariali”, è necessario che la qualità di un sistema regionale si leghi al riconoscimento anche economico dei professionisti che ci lavorano; non è possibile che Regioni con un sistema riconosciuto efficiente ed efficace, non possano avere la possibilità di incentivare i loro operatori, almeno sulla quota integrativa dello stipendio.
- di non differire più a lungo l'affronto della questione medica giovanile. Il blocco del turn-over del SSN che allunga i tempi di inserimento nel mondo del lavoro, la limitata autonomia riconosciuta ai medici specializzandi nell'esercizio della loro attività, la latitanza di troppe facoltà di medicina in un processo formativo realmente professionalizzante, rendono non più differibili interventi in merito.

### 3) Accreditare le Professioni

E' evidenza comune che l'innovazione ed il miglioramento del SSN, possa avere un vantaggio dai processi di accreditamento e di certificazione di qualità delle strutture sanitarie, in termini di soddisfazione dei requisiti espliciti di buona organizzazione. I processi di accreditamento sono diversificati e rispondono a logiche di autorizzazione all'esercizio, di certificazione di qualità dei processi e di accreditamento volontario all'eccellenza.

L'evoluzione dell'approccio alla qualità nel nostro paese appare però caratterizzato da un'attenzione prevalentemente rivolta alla valutazione di aspetti strutturali, organizzativi e di processo; sui processi di valutazione della qualità professionale in Italia, a parte isolate iniziative, poco è stato fatto.

L'accREDITAMENTO professionale è un meccanismo di valutazione tra pari (*peer review*) orientato ad accertare il grado di corrispondenza dell'attività clinico-professionale con indicatori predefiniti di qualità delle cure (*outcome professionali*); caratteristiche qualificanti di questo percorso sono la completa gestione del processo da parte degli stessi professionisti con finalità *no-profit*, il ruolo essenziale delle società scientifiche, la volontarietà dell'adesione, il carattere non ispettivo o fiscale della visita. Ormai consolidati nel mondo anglosassone, i sistemi di accreditamento professionale, perseguendo finalità di miglioramento continuo e di ricerca dell'eccellenza, risultano essere gli strumenti più idonei alla definizione di vere e proprie “carte d'identità professionale” che i medici e più in generale le altre professioni sanitarie possono far pesare anche in termini economici rispetto alle organizzazioni di riferimento ed all'utenza.

Ma quali i motivi per cui i processi di certificazione e accreditamento professionale, risultano così poco “appetibili” nella nostra realtà nazionale ?

- Un primo problema è legato alla resistenza degli operatori professionali a farsi misurare nella prassi clinica ed assistenziale quotidiana, spesso contraddistinta da un'inerzia ed una incapacità a modificare i processi routinari di lavoro.
- Un secondo problema è legato all'attuale assetto contrattuale dei medici italiani dipendenti del SSN che dà scarsa possibilità di premiare il merito e la qualità professionale attraverso gli incentivi; infatti la differenziazione dello stipendio risulta nella sostanza legata all'avanzamento di carriera, all'anzianità lavorativa e all'opzione di rapporto esclusivo con il SSN.
- Un terzo problema è che le Aziende Sanitarie nei processi valutativi dell'*equipe* professionali e dei singoli, finalizzati alla conferma dei ruoli ed ai criteri di distribuzione degli incentivi di risultato, tendono a pesare molto di più gli obiettivi legati al raggiungimento dei risultati di esercizio (*budget*) che quelli legati agli indicatori di qualità "misurabili" (*outcomes professionali*), qualificando l'attività professionale soprattutto se capace di "controllare la spesa".
- Un quarto problema è legato al peso marginale che le realtà rappresentative professionali e tecnico-scientifiche (Ordine dei Medici, Società Scientifiche, Associazioni Professionali) hanno in termini di valorizzazione, controllo di qualità e tutela del corpo medico nell'interfaccia con le organizzazioni/enti fornitori di servizi sanitari e con l'utenza. A questo proposito appare significativo l'esito di una recente ricerca promossa dalla federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM), per cui solo il 23% delle società scientifiche hanno identificato un referente interno per le problematiche inerenti la qualità<sup>9</sup>.

E' quindi evidente la necessità a livello professionale di darsi strumenti di misura e monitoraggio continuo della qualità delle prestazioni cliniche e del servizio offerto come garanzia di affidabilità nei confronti delle organizzazioni sanitarie e dell'utenza; d'altra parte è necessario che la qualità e l'eccellenza professionale debba poter avere visibilità e vantaggi presso le strutture sanitarie.

L'alternativa è la riduzione della professione ad impiego, accettando il compromesso dell'esercizio di una attività meccanicistica e poco gratificante a fronte di garanzie economiche certe anche se di livello medio - basso, di riduzione della responsabilità, di inadeguata risposta alla richiesta di continuità di cura nei confronti dei pazienti; peraltro questo è un rischio evidenziato anche in nazioni occidentali avanzate dove la professione risulterebbe avere ancora privilegi consolidati<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Pasini et al.: "Tutti al forum dell'iter della cura", Il Sole 24Ore Sanità, 2004, 48: 27

<sup>10</sup> J.E. Fischer: "Surgeons: employees or professionals?", *The American Journal of Surgery*, 2005, 190: 1-3

## **Medicina Generale**

Come già menzionato nei precedenti paragrafi occorre valorizzare e responsabilizzare la figura del Medico di Medicina Generale (MMG); questo processo non può non passare attraverso un rafforzamento della capacità del MMG di gestire il percorso della cronicità, diventando il vero riferimento dei cittadini rispetto ai molteplici servizi di cui ha bisogno.

Alcuni passi per procedere in questa direzione:

- Mettere al primo posto l'aspetto formativo specificato in :
  - insegnamento della Medicina Generale nei curricula dei Corsi di Laurea;
  - istituire una Scuola di Specialità di Medicina Generale;
  - dare vita ad una formazione in itinere e continua dedicata alla miglior gestione delle patologie croniche e delle fragilità emergenti (geriatria, neurologia, psichiatria... )
  - accesso dei giovani in formazione nelle associazioni fra medici.
- Implementazione e coordinamento dell'associazionismo dei MMG e del lavoro in rete/equipe con le altre figure professionali operanti nel territorio attraverso una logica di sussidiarietà che valorizzi i modelli verificati come efficaci ed efficienti, autonomia locale di scelta della forma aggregativa più opportuna, che fornisca percorsi agevolati all'aggregazione (es. contratti dedicati, mutui agevolati, detrazioni fiscali) e che preveda il concorso degli enti locali e del privato (sociale e non) nel sostenere gli oneri di sviluppo della rete di Cure Primarie.
- Ridefinizione del ruolo strategico del MMG e del contratto in base al raggiungimento di obiettivi strutturali e di processo.
- Promozione della responsabilità del cittadino nell'accesso alla rete di servizi e nell'uso delle risorse.
- Incremento dell'offerta di servizi dedicati alla prevenzione e alla cura del disagio giovanile (ad esempio DCA, dipendenze, etc).