

SCENARI, APPUNTI

di Carlo Mario Mozzanica

Per cogliere il cambiamento, nell'orizzonte dei servizi alla persona, in una sorta di mutamento antropologico, occorre analizzare seppur sinteticamente, i paradigmi degli scenari: socioculturale, socio-istituzionale e normativo

1. Lo scenario socioculturale postmoderno

Si richiamano qui alcuni indicatori dello scenario socioculturale postmoderno, che aiutano a capire come è radicalmente mutato il vissuto di salute e di malattia e come la presenza delle istituzioni sanitarie e sociosanitarie debba tenere conto della profonda trasformazione antropologica, avvenuta in questi anni. Si tratta, dunque, non solo di una disamina delle problematiche bioetiche, quanto di una ripresa dei significati inediti, consegnati dalla scienza e dalla tecnologia, ai percorsi esistenziali dell'umano.

- 1.1 Si tratta di riconsiderare i luoghi e gli spazi della malattia e della salute, soprattutto con il configurarsi della cronicità, delle malattie degenerative, croniche, irreversibili, terminali. La nuova antropologia della salute, che deve evitare i rischi di una possibile *iatrogenesi* (clinica, istituzionale, ma anche e soprattutto *culturale*: l'enfasi sull'acuzie, la dismissione della cura dell'inguaribile, surrettiziamente considerato incurabile) dice la necessità di una radicale rivisitazione del quadro tradizionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie storicamente consolidate.
- 1.2 Lo scenario socioculturale postmoderno si definisce come qualcosa di “oltre, dopo, susseguente”, quasi ad ammettere l'impossibilità di una sua precisa definizione. Esso è stato da molti definito, già alla fine dell'ottocento, come il tempo della *morte di Dio*¹ ed insieme, oggi, come il tempo della *morte del prossimo*².
- 1.3 Si atrofizza ogni significato transcendent(al)e della vita; si consolidano la distanza dal vicino e la vicinanza dal lontano³. In questo senso il postmoderno

¹ NIETZSCHE F., *La gaia scienza*, Newton Compton Roma 2008

² ZOIA L. *La morte del prossimo*, Einaudi Torino 2009

³ Quasi emblematicamente e simbolicamente, ad un tempo, la sera in cui è morta Eluana E. e si è conclusa la vicenda del Grande Fratello, abbiamo assistito a questa vicinanza (solo mediatica) del (dal) lontano: un dramma che si fa spettacolo, il primo; uno spettacolo che si fa dramma, il secondo.

si annuncia e si conferma come *tempo dell'incredulità nei confronti delle metanarrazioni*.⁴ Esso si esibisce – dunque – quasi orfano di luoghi condivisi e da condividere in ordine ai significati del vivere; un tempo nel quale il futuro cambia di segno, passando da promessa a minaccia, dove prevale la bulimia del presente e l'anoressia del futuro.

- 1.4 Prevalgono, dentro le pieghe del tessuto e del vissuto sociale, le *passioni tristi*⁵, intese non come capacità di lutto e di compassione, bensì come disgregazione, impotenza, fissazione e stagnazione; si consolidano *emozioni ferite*⁶; viene a mancare un *senso* e un *orientamento condiviso*, nella consolidata ed irreversibile separazione tra destino dell'individuo e orizzonte della comunità.
- 1.5 Vi è un ineludibile transizione dalla società della produzione alla società dei *consumi*⁷, definita dai *non luoghi*⁸, dall'assenza di relazioni, dalla mobilità di linguaggi, dallo smemoramento degli stili di vita. Si consolidano la frammentazione, come parcellizzazione del reale, del tempo e dello spazio e la frammentarietà, come perdita di uno sguardo complessivo e d'insieme, per cui il frammento non può dare ragione del tutto e il tutto non può essere colto nel semplice frammento.
- 1.6 Si moltiplicano gli eventi che generano la *dilatazione dei possibili* e l'*eccedenza delle opportunità*; si rafforza l'*ipertrofia dei mezzi* e l'*atrofia dei fini*.
- 1.7 Appartengono sempre più alla logica del vivere quotidiano la spettacolarizzazione della vita, la banalizzazione dei linguaggi, l'enfasi del *"come"* (si nasce, si vive, si muore), la disfasia del *"dove"* e soprattutto l'afasia del *"perché"*.
- 1.8 In questa prospettiva le biotecnologie costituiscono la nuova alfabetizzazione dell'umanità. Occorre ormai chiedersi non che *cosa potrà fare l'uomo della tecnica*, ma che *cosa la tecnica farà dell'uomo*; il nuovo umanesimo si riconosce nell'uomo neuronale, nell'uomo robot, nell'uomo *on line*, nell'uomo chimera (con gli incroci biologici), nell'uomo fotocopia (con la clonazione), nell'uomo che non solo vuol *potere fare* da sé, ma vuol *potersi fare* da sé.
- 1.9 Si consolidano e si fanno, ogni giorno, esperienza ordinaria e condivisa la censura, la rimozione (e la conseguente messa in clandestinità) dei vissuti più profondi, propri del quotidiano e dell'ordinaria esistenza: la malattia (evento da cui *liberarsi* più che evento da *liberare*), la sofferenza (scomoda e fastidiosa compagna di cui l'uomo diventa sempre più silenzioso spettatore impotente), la decadenza non accettata – che si fa marginalità conclamata - del diventare vecchi (tempo questo considerato *dopo la vita* e non tempo *della vita*), la morte

⁴ LYOTARD J.-F., *La condizione postmoderna*, Feltrinelli Milano 1981

⁵ BENASYAG M., SCHMIT G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli Milano 2004

⁶ BORGNA E., *Le emozioni ferite*, Feltrinelli Milano 2009

⁷ Ricordo, tra i molti, due testi di BAUMAN Z., *Consumo, dunque sono*, Laterza Nari 2008 e *Homo consumens. Lo sciamo inquieto dei consumatori e la miseria degli esclusi*, Erickson, Trento 2007

⁸ AUGÉ M., *Non luoghi. Introduzione ad una Antropologia della Surmodernità*, Eleuthera Milano 1996

come evento indicibile, inaudito ed inenarrabile, che porta alle rappresentazioni sempre più frequenti della morte “*nella mente dell’altro*. Crescono, dentro questi paradigmi ermeneutici della vita, le grandi *fragilità immateriali*.

1.10 Il postmoderno sta cambiando i volti della stessa fragilità; fatica a rubricarli, spesso non sa dare loro nome e l’ascolto (non solo clinico) si fa audace: ascoltare *in silenzio* il gemito, appena sussurrato, della vulnerabilità; ascoltare *il silenzio* di fragilità spesso inedite, inaudite ed indicibili.

2 Lo scenario socio-istituzionale

Lo stato sociale, nel mutato orizzonte dello scenario socioculturale postmoderno, interpella il divenire delle differenziate forme istituzionali della cura: si pensi solo alla dialettica tra “cura dell’acuzie” e “*cura della malattia lunga, cronica degenerativa, irreversibile*”, consegnata a paradigmi ermeneutici differenziati: la speranza della guarigione nel primo caso, l’abilitazione a convivere con la fragilità nel secondo caso, pena il ricorso alle forme anche più subdole di eutanasia. Le istituzioni della cura chiedono allo scenario socio-istituzionale di ripensarsi e di ripensare a nuove forme di garanzia, con un corretto equilibrio tra cura dell’acuzie e cura della cronicità. In questa prospettiva lo scenario istituzionale ha consolidato contestualmente ed alternativamente il principio di uguaglianza (la tutela del diritto sociale: modello di *welfare lab*⁹) e il principio di libertà (modello di *welfare lib*¹⁰).

2.4.1 Vi è, nel quadro dei diritti costituzionali, la rimozione e la censura di uno dei tre principi fondamentali del paradigma istitutivo, quantomeno delle democrazie occidentali: la *fraternità e/o la solidarietà*¹¹. Non sono certo sufficienti a garantire diritti sociali in un moderno e rinnovato *welfare* né la sola libertà, né la sola uguaglianza.

2.4.2 La rimozione si iscrive dentro la clandestinità, assegnata dallo scenario socioculturale postmoderno all’orizzonte della fraternità, della solidarietà e della prossimità: non si tratta solo di un’architettura preferenziale del *welfare*.

2.4.3 L’enfasi sulla libertà e sull’uguaglianza, in assenza del paradigma solidaristico/fraterno, ha assunto *declinazioni, derive ed aggettivazioni* essenzialmente *individualistiche*.

⁹ Per *welfare laburista (lab)* si intende la forma di stato sociale che ha garantito taluni diritti sociali (previdenza, sanità ecc.) al lavoratore prima e successivamente al “cittadino”, in attuazione dell’art. 3, comma 2 della Costituzione

¹⁰ Per *welfare liberista/liberale (lib)* si intende la forma di stato sociale, che supporta e accompagna la libertà di scelta del soggetto, in ordine alla fruizione dei servizi alla persona (un esempio è l’assunzione di voucher, credit e bonus da garantire al cittadino per la scelta di una prestazione sanitaria o sociosanitaria)

¹¹ Accanto a *libertà e uguaglianza*. Si veda per una prima riflessione in proposito: RESTA E., *Il diritto fraterno*, Editori Laterza, Bari 2005; vedasi altresì di MARZANATI A., MATTIONI A., (a cura di) *La fraternità come principio di diritto pubblico*, Città Nuova Roma 2007.

- 2.4.4 La perdita, della quale oggi appare più chiara l'eziologia sociale ed istituzionale, si è sempre più consolidata nell'insignificanza attribuita all'interesse generale o, meglio, al bene comune¹².
- 2.4.5 Il “*bene comune*” (che non è né quello privato, né quello pubblico), che si oppone al “*bene totale*” (che è la somma dei beni individuali)¹³ evoca la solidarietà di una condivisione relazionale (non tanto dei beni pubblici e/o privati): si tratta di riconoscere *l'umano-che-è-comune*.
- 2.4.6 Appare congruo, in tale prospettiva, ripensare ad un *welfare* che tenga conto dei (e custodisca i) legami. Si tratta del *welfare delle relazioni, delle opportunità, delle responsabilità, delle obbligazioni*¹⁴. Si tratta di uno stato sociale che custodisce *beni relazionali*¹⁵ a fronte dei *beni di giustizia*.
- 2.4.7 La libertà individuale e mercantile, nel modello di *welfare lib*, si gioca troppo spesso *contro* l'altro, perché assume come *bene comune* il bene *privato* (attraverso il valore *di scambio*) e dunque corre il rischio di *mercantilizzare la società*; l'uguaglianza indiscriminata e vuota, nel modello di *welfare lab* si gioca *senza* l'altro, perché assume come *bene comune* il bene *pubblico* (attraverso il valore *d'uso*) e dunque corre il rischio di *statalizzare la società*; solo la solidarietà, nel modello di *welfare relazionale/obbligazionario*, si gioca *insieme con* l'altro (e non si può, dunque, realizzare se non negli orizzonti compiuti della *sussidiarietà*), perché assume come *bene comune* il bene *di reciprocità relazionale* (attraverso il valore *di legame*).
- 2.4.8 Il nuovo paradigma di *welfare community* (che tende a propiziare forme sempre più compiute di *community care*) appare ben attrezzato a farsi prossimo alla fragilità, alla marginalità, al dolore, alla fatica del vivere, quando esso è segnato da un evento lesivo.
- 2.4.9 Se non riesce a cancellare le fragilità, il *welfare community* si fa almeno prossimo alla marginalità, la ricomprende, la svuota della sua carica aggressiva e regressiva. Indubbiamente vi è una *sofferenza esistenziale*, spesso non dovuta ad eventi lesivi, che può essere ricompresa e ricomposta nelle nuove forme di *prossimità esigente* e non accomodante del vivere civile, anche se formalmente non appartiene all'orizzonte dei servizi alla persona.

¹² Molti considerano omologhe le due espressioni. Per la verità “generale” si oppone a “particolare”, mentre “comune” si oppone a “proprio”. Nel bene comune il bene che ciascuno trae dal suo uso non può essere separato da quello che altri pure da esso traggono. Secondo H. ARENDT “*comune è il mondo stesso in quanto è comune a tutti e distinto dallo spazio che ognuno di noi occupa privatamente*”

¹³ Il bene totale ha esito “*sommatorio*”, il bene comune “*produttorio*”

¹⁴ Dal latino *ob-ligatio*: si allude ai legami (*ligatio*) che devono essere custoditi di fronte, davanti, insieme con (*ob*).

¹⁵ La prima autrice che ha usato il termine *beni relazionali* è l'economista UHLANER C. J. Cf. “*Relational Goods and Participation: Incorporating Sociability into a Theory of Rational Action*”, *Public Choice*, 62, 1989. Vale la pena di ricordare di DONATI P., *I beni relazionali. La nuova frontiera del welfare in Lavoro sociale*, 3, 2010 Erickson Trento 2010, pp. 315-330. Vedi anche DONATI P. e SOLCI R., *I beni relazionali. Che cosa sono e quali effetti producono*, Torino, Bollati Boringhieri 2011.

2.4.10 Lo testimoniano il moltiplicarsi delle forme di volontariato, che attivano servizi di cura, di accompagnamento, di domiciliarità e di prossimità relazionale. Infatti le solitudini esistenziali, se disabitate, generano depressione e invocano eutanasia (che spesso segnala più l'abbandono e invoca prossimità più che non la voglia di porre fine al tutto). Sono questi i problemi che il nuovo *welfare* deve affrontare; il *welfare community* vuole appunto reintrodurre, nel sapere onnipotente delle scienze, la *dimensione esistenziale, relazionale, solidaristica e fraterna*.

È una sfida, certamente incompiuta, anche per le istituzioni sanitarie e sociosanitarie, che spesso restano prevalentemente ancorate, quando non invischiate, nella dialettica del “pubblico” e/o del “privato”.

3 Lo scenario legislativo

Sono molti i cambiamenti che hanno attraversato la scena delle istituzioni, spesso non raccolti e non percepiti. Il cambiamento ha avuto nell'avvento delle regioni a statuto ordinario (1970) i suoi parametri definatori, sia dell'organizzazione che della programmazione, sino all'avvento delle riforme Bassanini (1998) (decentramento, a costituzione invariata), della riforma del titolo V della costituzione (2001) e della legge sul federalismo fiscale (2009).

In questa prospettiva si possono definire le *fasi del processo evolutivo* (1.3.1) e le principali scansioni normative. All'interno di tale percorso si possono individuare gli *sviluppi della sanità e dell'assistenza* (1.3.2) sino alla compiuta regionalizzazione, correlata alla Riforma del titolo V della costituzione e alla legge sul federalismo fiscale (*tappe legislative dello sviluppo* 1.3.3)

3.1 Le fasi dello sviluppo

Dal punto di vista dello *scenario legislativo*, in ordine ai profili normativi di interesse per le istituzioni sanitarie e sociosanitarie, si possono identificare, in estrema sintesi, quattro fasi:

3.1.1 la **prima fase** (con la L. 382 del 1975 e il conseguente DPR 616/1977, che ha definito l'assistenza, con l'attribuzione delle relative competenze ai Comuni (art. 25, comma 1); l'individuazione delle USL e il trasferimento delle IPAB ai Comuni – art. 25, comma 5¹⁶ e la trasformazione delle IPAB pluriregionali – art. 113 e ss.¹⁷

¹⁶ Trasferimento non attuato a seguito di una sentenza delle Corti che aveva dichiarato l'eccesso di delega nell'art. 25, comma 5 del DPR 616/1977. cf. sentenza Corte Costituzionale n. 173 del 1981

¹⁷ Giova ricordare anche la sentenza della Corte Costituzionale del 24.3 - 7.aprile 1988, n. 396, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art 1 della legge n. 6972/1890 (legge Crispi), cui è seguito il DPCM 16 febbraio 1990, recante “*Direttiva alle regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed infraregionale*”.

- 3.1.2 la **seconda fase** (con il decentramento amministrativo, a costituzione invariata, attraverso le leggi Bassanini e i numerosi decreti di attuazione: si ricordi, per tutti il D. Lgs. n. 112 del 1998)
- 3.1.3 la **terza fase** è relativa alla riforma del Titolo V della costituzione, con la ridefinizione (L. cost. 3/2001) delle competenze legislative: *esclusive* dello stato (tra cui, all'art. 117 2° comma *m*) per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali); *concorrenti* tra stato e regioni (tra cui la sanità, ricordando che allo Stato è riservata la sola definizione dei principi generali); *residuali*, per le altre discipline (tra cui l'assistenza sociale)
- 3.1.4 la **quarta fase** fa riferimento alla legge delega sul federalismo fiscale: L. 42/2009 e i previsti (oltre 20) decreti legislativi attuativi, relativi alle finanze regionali e degli enti locali, alla definizione dei bisogni e dei costi standard, anche in sanità. Giova ricordare che i LEP¹⁸ dovranno essere (art. 20) definiti con legge.

3.2 I contenuti dello sviluppo (sanità e assistenza)

Dal punto di vista dei *contenuti (sanità ed assistenza)* abbiamo le tre riforme sanitarie e la legge quadro sull'assistenza:

3.2.1 la *prima riforma sanitaria* (L. 833/1978) ha configurato, in chiave pubblicistica il servizio sanitario nazionale, con la costituzione dell'USL (espressione dell' "ente locale" gestore)

3.2.2 la *seconda riforma sanitaria* (D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. 517/1993) ha radicalmente cambiato l'assetto sanitario, sostanzialmente tuttora vigente, con l'individuazione delle ASL (regionali) e le AO; il pagamento delle prestazioni (DRG) e non più dei fattori produttivi; la libertà dell'erogatore privato (profit e no profit), purché autorizzato, per la partecipazione al fondo sanitario, accreditato e successivamente legittimato e riconosciuto con l'accordo contrattuale. Il cambiamento radicale della soggettività dell'erogatore ha sconvolto il tradizionale sistema delle istituzioni di ispirazione cristiana (giuridicamente riconosciute in Ospedali classificati ed equiparati¹⁹, Ospedali riconosciuti presidi della USL²⁰ IRCCS, Case di Cura, Strutture sanitarie (fondazioni, enti ecclesiastici, associazioni ecc.)

3.2.3 la *terza riforma sanitaria* (D. Lgs. 229/1999) si è riproposta il compito di correggere le distorsioni della seconda, con il tentativo di riportare i principi della prima; tra le innovazioni abbiamo l'introduzione dell'integrazione sociosanitaria, definita dall'art. 3 *septies* del D. Lgs. 502/1992 e s. m. e i. Si tratta delle prestazioni *sanitarie a rilevanza sociale*, delle prestazioni *sociali a rilevanza sanitaria*, delle prestazioni *sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria*. È da ricordare l'introduzione della libera professione *intra moenia* dei medici dirigenti

¹⁸ Acronimo per Livelli Essenziali delle Prestazioni (di cui all'art. 117, 2° comma *m*) della Costituzione)

¹⁹ Cf art. 1, ultimo comma della Legge 12.2.1968, n. 132

²⁰ Cf art. 43, comma 2 della L. 833/1978)

di strutture sanitarie pubbliche. Nasce l'esigenza di definire, altresì i LEA (cf. DPCM 29.11.2001 e s.m. e i.)

3.2.4 La riforma dell'*assistenza* con la L. 328 del 2000. Si tratta di un testo, in qualche modo parallelo e correlato con la terza riforma sanitaria, che ha molto inciso sull'organizzazione delle politiche sociali (cf., tra l'altro i Piani di zona, gli istituti dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento istituzionale), ma di fatto è rimasto giuridicamente irrilevante, a seguito della riforma del Titolo V della costituzione (attesa la competenza residuale delle Regioni per l'assistenza sociale) salvo la sua attuazione, per il tempo in cui le Regioni non abbiano legiferato in materia di competenze residuali. L'unico limite alla competenza legislativa residuale regionale, nell'assistenza, sta nell'implementazione dei LIVEAS (peraltro non ancora approvati)²¹

Si dovrebbe dire un parola sui *Piani sanitari nazionali* (1994-96; 1998-2000; 2001-2003 – schema - ; 2003-2005; 2006-2008; 2010-2013 bozza provvisoria, ottobre 2010), sui *Progetti obiettivo* e sui *Patti per la salute* (2006; 2009).

3.3 Le tappe legislative dello sviluppo

In estrema sintesi, le tappe fondamentali dello sviluppo, da assumere anche in ordine alla nuova/possibile configurazione della rappresentanza delle istituzioni sanitarie e sociosanitarie di ispirazione cristiana sono la riforma del titolo V della costituzione e le legge sul federalismo fiscale.

Dal punto di vista delle *competenze legislative*, dopo la riforma del titolo V della Costituzione abbiamo un quadro ben differenziato, che ha comportato un radicale cambiamento delle responsabilità, dei livelli gestionali ed organizzativi del *welfare*.

Per la *previdenza* vi è una competenza legislativa *esclusiva* dello stato.

Per la *sanità* vi è una competenza legislativa *concorrente*: allo stato la riserva dei principi generali e la definizione dei LEA, alle Regioni tutto il resto.

Per l'*assistenza* vi è una competenza residuale delle *Regioni*, salvo la definizione da parte dello Stato dei LIVEAS.

Il quadro si compie con l'attuazione della già ricordata legge delega sul federalismo fiscale, con l'approvazione dei differenziati decreti legislativi (tra cui quelli afferenti i fabbisogni e i costi standard per la sanità e per i servizi alla persona) e con la prevista legge sui Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), di cui all'art. 20 della L. 42/2009.

²¹ cf art. 1, comma 2 della Legge 5 giugno 2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "

Riferimenti bibliografici

1. MOZZANICA C.M., *Prendersi cura di tutta la vita e della vita di tutti. Itinerari soci- educativi e percorsi normativi*, Monti Saronno 2010, pp. 680
2. MOZZANICA C.M., *Cento parole di prossimità. Sulle strade di una prossimità esigente senza distanze di sicurezza*, Centro Ambrosiano ITL Milano 2007, pp. 312
3. MOZZANICA C.M., *Pedagogia della/e fragilità*, La Scuola Brescia 2005, pp. 350
4. MOZZANICA C.M., *Servizi alla persona: un'organizzazione (in)compiuta*, Monti (2^a edizione ampliata) Saronno 2000, pp. 490
5. MOZZANICA C.M., (a cura di) *“Disagio giovanile negli itinerari di community care”*, F. Angeli Milano 1997
6. MARTINI C.M., MOZZANICA C.M., *Semplicemente uomo*, Ancora Milano 1986.