

Dalla l. 328/00 a oggi

PROSEGUE L'ANALISI DEL NUOVO CONTESTO ISTITUZIONALE E DEI DECRETI ATTUATIVI CHE HANNO FATTO SEGUITO ALLA LEGGE DI RIFORMA DEI SERVIZI SOCIALI (INIZIATA SU PSS 3/2002), CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GESTIONE E ALL'ESTERNALIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E UN APPROFONDIMENTO SULLA CARTA DEI SERVIZI.

GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI E CONTRATTI DI APPALTO

La gestione dei servizi alla persona è una sfida quotidiana particolarmente problematica e complessa a causa delle diverse variabili che ne influenzano lo sviluppo (politico-legislative; amministrative; organizzative; professionali). La differenziazione dei bisogni e l'incremento della domanda producono continuamente tensioni sull'offerta dei servizi, che tendono a sviluppare dinamiche di costo crescenti rispetto alle risorse disponibili.

In questo quadro, nell'ultimo trentennio in Italia, le politiche sociali hanno oscillato fra un'impostazione tendenzialmente pubblicistica (anni Settanta e Ottanta) e un'altra tendenzialmente orientata a modi di allocazione delle risorse governate dal mercato (anni Novanta e successivi). Fra queste due vocazioni, la legge di riforma dei servizi sociali, in un perfetto schema riformistico, aspira a sviluppare un sistema di welfare mix così impostato:

- agli enti locali, Regioni e Stato le competenze di programmazione e organizzazione; gestione e offerta di servizi; ruolo promozionale dei soggetti appartenenti al terzo settore;
- ai soggetti imprenditoriali del "Terzo settore" e agli altri enti privati i ruoli di produzione dell'offerta dei servizi e di agire come soggetti attivi nella progettazione e realizzazione concertata degli interventi;
- ai soggetti del volontariato funzioni finalizzate all'espressione organizzata di solidarietà sociale, di auto-aiuto e anche di concorso all'offerta di "prestazioni complementari" a servizi che

Paolo Ferrario
Docente di politica sociale

richiedono un'organizzazione complessa attraverso lo strumento della convenzione.¹

Ne segue che, per quanto concerne le modalità di gestione dei servizi sociali, la legge di riforma prevede l'utilizzo di varie forme amministrative: la gestione diretta da parte dei Comuni, avvalendosi di mezzi, strutture e di proprio personale; la gestione in concessione, mediante l'affidamento della gestione a soggetti esterni, utilizzando le procedure di appalto; la gestione mediante "accreditamento sociale". Quest'ultima forma è già regolata nell'ambito dei servizi sanitari e potrà essere introdotta anche nel settore dei servizi sociali.

Lo strumento amministrativo dell'appalto dei servizi è stato diffusamente utilizzato nei decenni precedenti e con riferimento a esso si possono distinguere alcuni tipi di comportamento operativo collegabili ai diversi momenti storici:

- bassa regolazione, tipica degli anni Ottanta nel periodo caratterizzato dallo sviluppo della rete dell'Unità sanitaria locale e dei primi processi di rafforzamento di ruolo dei Comuni;
- regolazione non specifica, caratterizzata dall'utilizzo di una cultura amministrativa tipica degli appalti d'opera e poco congruente con le caratteristiche organizzativo-strutturali dei servizi alla persona;
- miglioramento degli strumenti, si tratta di un importante processo di sviluppo professionale (tecnico e amministrativo) dovuto sia all'introduzione di nuove regole legislative,² sia all'elaborazione tecnico-scientifica sulla materia;³

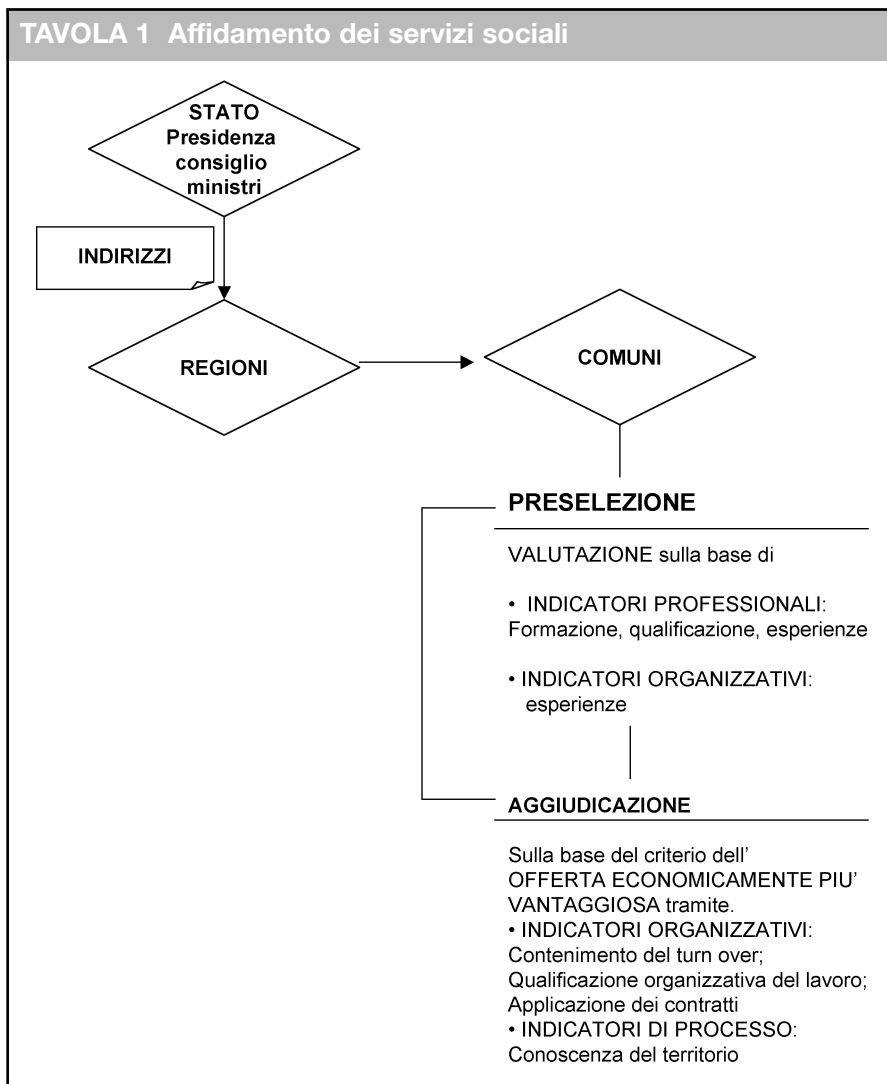
- regolazione specifica, riferibile con certezza all'introduzione della legge di riforma e alla sua successiva attuazione;

Nel merito di quest'ultimo punto, assume un forte significato la recente normativa di regolazione dei rapporti tra enti pubblici e terzo settore per l'affidamento dei servizi sociali.⁴ La tavola 1 ne illustra sinteticamente i momenti decisionali e la struttura dei contenuti.

Entrando nel dettaglio, è opportuno segnalare i seguenti punti chiave di quest'azione normativa:

- obiettivi,⁵ tra i necessari indirizzi generali per regolare i rapporti fra sistema pubblico e soggetti del terzo settore, le Regioni sono chiamate a promuovere l'offerta e il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, a favorire la pluralità dell'offerta e delle prestazioni, a favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali tese a valorizzare le capacità progettuali e organizzative, a favorire forme di co-progettazione;
 - criteri per la preselezione dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione di servizi,⁶ formazione, qualificazione ed esperienza professionale degli operatori; esperienza organizzativa maturata nei settori operativi di riferimento;
 - criteri per l'aggiudicazione, deve avvenire sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto di indicatori organizzativi (contenimento del turnover, qualificazione organizzativa del lavoro, applicazione dei contratti lavorativi) e di indicatori di processo (conoscenza del territorio). Inoltre, è esplicitamente esclusa la possibilità di procedere all'affidamento di servizi con il metodo del massimo ribasso;⁷
 - caratteristiche del servizio, oggetto dell'acquisto o dell'affidamento deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione con assoluta esclusione delle mere prestazioni di mano d'opera;⁸
 - co-progettazione, per affrontare specifiche problematiche sociali i Comuni possono indire istruttorie pubbliche per la progettazione di interventi innovativi e sperimentali su cui i soggetti del terzo settore esprimono disponibilità a collaborare per la realizzazione degli obiettivi. Le Regioni possono adottare indirizzi per definire le modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche e per fornire anche forme di sostegno.⁹
- Nel decreto è individuabile quell'orientamento alla qualità che è fortemente presente nelle culture professionali dei servizi e nelle recenti regole normative: tale indirizzo è ravvisa-

TAVOLA 1 Affidamento dei servizi sociali



bile quando si parla di “valorizzare i diversi elementi di qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato”¹⁰ e quando si parla di contratti che prevedano “forme e modalità per la verifica degli adempimenti [...] compreso il mantenimento dei livelli qualitativi concordati”.¹¹

GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI E ACCREDITAMENTO SOCIALE

Come ripetutamente rilevato nelle analisi sulle politiche attuative di questa legge, uno dei suoi obiettivi espliciti è di creare un mercato regolato dei servizi sociali, ossia di favorire imprenditorialità organizzative e professionali nel settore capaci di fornire prestazioni ai cittadini e al sistema pubblico. Nell’ambito di tale indirizzo, è sicuramente inquadabile lo strumento amministrativo dell’accreditamento che, in termini generali, può essere definito come un: “provvedimento concessorio”, attraverso il quale l’ente pubblico attribuisce ai servizi accreditati la natura di “servizi sociali pubblici” e al soggetto accreditato quello di “con-

cessionario della pubblica amministrazione”.¹²

Questo strumento non è nuovo. Esso è entrato a far parte integrante del funzionamento del sistema sanitario dove, durante gli anni Novanta si è affermato il cosiddetto modello dell’“accreditamento istituzionale”,¹³ definibile come: processo tecnico e amministrativo attraverso cui le strutture autorizzate, pubbliche o private, e i professionisti che ne facciano richiesta acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale.

Nel quadro normativo sanitario, esso si configura come un’attività amministrativa e di gestione che ha il fine di regolare l’entrata dei soggetti erogatori nel Servizio sanitario nazionale.

In una prima fase attuativa (1992-1997),¹⁴ è stato definito un modello di “accreditamento come procedimento”,¹⁵ cioè scandito attraverso i momenti di: verifica del possesso di requisiti minimi; accettazione delle tariffe da parte dei fornitori; adozione di verifiche sulla qualità delle attività e delle prestazioni.

Questo modello non era adatto a favorire la definizione delle caratteristiche qualitative e quantitative precedenti e successive all’accreditamento. Inoltre, tale sistema, in assenza di puntuali forme di controllo dell’appropriatezza delle prestazioni, aveva determinato un incremento incontrollato della domanda sanitaria, per regolare la quale è stato poi necessario introdurre piani annuali delle prestazioni quali correttivi di questo meccanismo istituzionale.¹⁶ Cioè è stato necessario connettere la programmazione dei servizi sanitari con le attività di gestione.

L’introduzione di questa contrattazione del piano annuale delle prestazioni è stata accompagnata dall’individuazione e relativa introduzione di

Note

1 Dpcm 30-03-2001.
2 In particolare, la Direttiva CEE 8 giugno 1992 n. 50, *Procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi* e il Decreto legislativo 17 marzo 1995 n. 157, *Attuazione della direttiva 9250 CEE in materia di appalti pubblici di servizi* che ha definito la nozione di “appalto pubblico di servizio”, le relative procedure di aggiudicazione, i criteri per l’utilizzo della trattativa privata e i criteri di aggiudicazione. Anche le Regioni sono intervenute a fornire direttive e istruzioni. Per la Regione Lombardia si può ricordare la delibera di giunta regionale 28 ottobre 1999 n. 6/46004 *Sottoscrizione di un protocollo d’intesa per la gestione dei servizi socio-sanitari, assistenziali ed educativi*.

3 Si ricordano in particolare: Ministero dell’Interno, Direzione generale dei servizi civili, *Convenzioni tra enti pubblici e soggetti privati per l’erogazione di servizi socio-assistenziali*, a cura dell’Irs, Roma 1991, p. 68; Maccapani A., *L’appalto dei servizi sociali e i relativi capitolati*, Apollonio/Ica, Brescia, 1994, p. 92; Battistella A., “Vademecum sull’utilizzo della convenzione tra enti pubblici e soggetti privati in ambito socio-assistenziale”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 12-13, 1998, pp. 2-36.

4 Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell’art. 5 della L. 8-11-2000 n. 328*. Per commenti sull’argomento si segnalano: Bova F., “Un sistema di regole tra pubblico e privato per l’affidamento dei servizi alla persona”, *Rassegna di Servizio Sociale*, 4, 2001, pp. 119-128; Corrà D., “L’affidamento dei servizi sociali agli enti del terzo settore”, *Terzo Settore - Il Sole 24 Ore*, 12, 2001, pp. 62-66.

5 vedi art. 1
6 vedi art. 4 c. 1
7 vedi art. 4 c. 2 e 3
8 vedi art. 5 c. 3
9 vedi art. 7
10 vedi art. 6 c. 2
11 vedi art. 6 c. 4

12 Dalla Mura F., “Autorizzazione e accreditamento”, *Studi Zancan - Politiche e servizi alle persone*, 2, 2001, p. 161.

13 Il tema è stato ampiamente approfondito in: Battistella A., “L’accreditamento istituzionale: una sfida difficile”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 21, 2001, pp. 1-6; Balma R., Clerico G., “L’accreditamento in sanità”, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2000*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 231-262; Maino F., *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2001, pp. 110-120.

14 Decreto legislativo n. 517/1993 e Dpr 14-01-1997 sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie.

15 in Balma R., Clerico G., op. cit., p. 237.

16 Piano sanitario nazionale 1998-2000. Sul tema si veda: Vecchiato T., “Il contesto istituzionale e gestionale in cui si colloca l’accreditamento”, *Studi Zancan - Politiche e servizi alle persone*, 5/6, 2001, pp. 81-96.

“ulteriori requisiti” strutturali e gestionali rispetto a quelli minimi. Si è così arrivati a un modello di accreditamento definito come “processo delle tre A”:

- Autorizzazione, possesso di requisiti minimi;¹⁷
- Accreditamento, possesso di ulteriori requisiti oltre a quelli autorizzati e accettazione del sistema tariffario;¹⁸
- Accordi contrattuali, delimitazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni compatibili con i livelli assistenziali programmati e con le risorse finanziarie disponibili;¹⁹

La funzione dell'accREDITamento discende dunque dalla necessità di assicurare alcuni requisiti qualitativi alle prestazioni erogate da una pluralità di soggetti erogatori, tra i quali il cittadino ha libertà di scelta. In definitiva, questo meccanismo amministrativo mira a ottenere una varietà di obiettivi, fra cui quelli di: rendere omogenei alcuni requisiti minimi, assicurare determinati standard di offerta, favorire la libera scelta, regolare il mercato dei soggetti erogatori.

È un sistema che si struttura su alcuni precisi soggetti istituzionali e flussi finanziari: la spesa sanitaria a livello statale e regionale; la programmazione delle Regioni; il funzionamento delle Asl quali enti funzionali delle Regioni per l'erogazione dei servizi sanitari.

Poiché la legge di riforma (tenendo conto degli orientamenti politici della coalizione che, allora, era all'opposizione) ha voluto estendere anche ai servizi sociali queste modalità, vale la pena di osservare che in questo settore l'applicabilità è ben più complessa. Basta riflettere sulle seguenti variabili: i Comuni finanziano i servizi sia attraverso fondi regionali, ma soprattutto attraverso fondi che impegnano il proprio bilancio; la rete dei Comuni è molto più estesa e frammentata di quella delle Asl (circa 200 queste ultime, rispetto agli 8.000 Comuni italiani); l'erogazione dei servizi sociali è meno standardizzabile di quella dei servizi sanitari; mentre le Asl possono ammortizzare eventuali errori nel piano dei costi sulla spesa regionale, ogni comune deve agire esclusivamente su impegni di spesa caricati sul proprio bilancio.

È probabile per questi motivi che il legislatore nazionale ha tentato di porre alcune limitazioni e cautele all'utilizzo di questo strumento, affermando che esso riguarda esclusivamente “i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale”.²⁰ In rapporto a questo contenuto formale della norma, è aperta un'interpretazione (che sarà risolta nelle diverse

applicazioni che metteranno in atto le Regioni): se sono inquadrabili nel modello amministrativo dell'accREDITamento tutti i servizi (e quindi anche quelli di accesso, territoriali, domiciliari) o solamente quelli residenziali o semiresidenziali. Per ora si può affermare che la normativa nazionale regola solamente le funzioni di autorizzazione di questi ultimi.

La tavola 2 mette in evidenza l'effetto che si intende ottenere attraverso l'accREDITamento sociale.

È cioè possibile individuare quattro aree operative coesistenti nell'offerta di servizi sociali: servizi a gestione diretta da parte dei Comuni; servizi sociali gestiti mediante gli strumenti dell'appalto; servizi sociali finanziati tramite accREDITamento; garanzie qualitative minime (autorizzazione) per servizi sociali offerti in regime di mercato.

Le responsabilità istituzionali per l'attuazione dell'accREDITamento sociale sono distribuite a tre livelli:

- i Comuni, che devono gestire i processi di autorizzazione, accREDITamento e vigilanza dei servizi sociali e che devono, conseguentemente, corrispondere ai soggetti accREDITati tariffe per le prestazioni erogate;²¹
- le Regioni, che devono definire i criteri per l'autorizzazione, l'accREDITamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o privata;²²
- lo Stato, che deve fissare i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale.²³

Il Dipartimento della Solidarietà sociale ha già emanato quest'ultimo atto amministrativo,²⁴ i cui contenuti sono di seguito sintetizzati.

Gli obiettivi del provvedimento sono di favorire il potenziamento delle strutture a ciclo diurno (che potranno anche collegarsi con le strutture residenziali) e promuovere lo sviluppo delle strutture di tipo familiare e delle comunità di accoglienza dei minori.

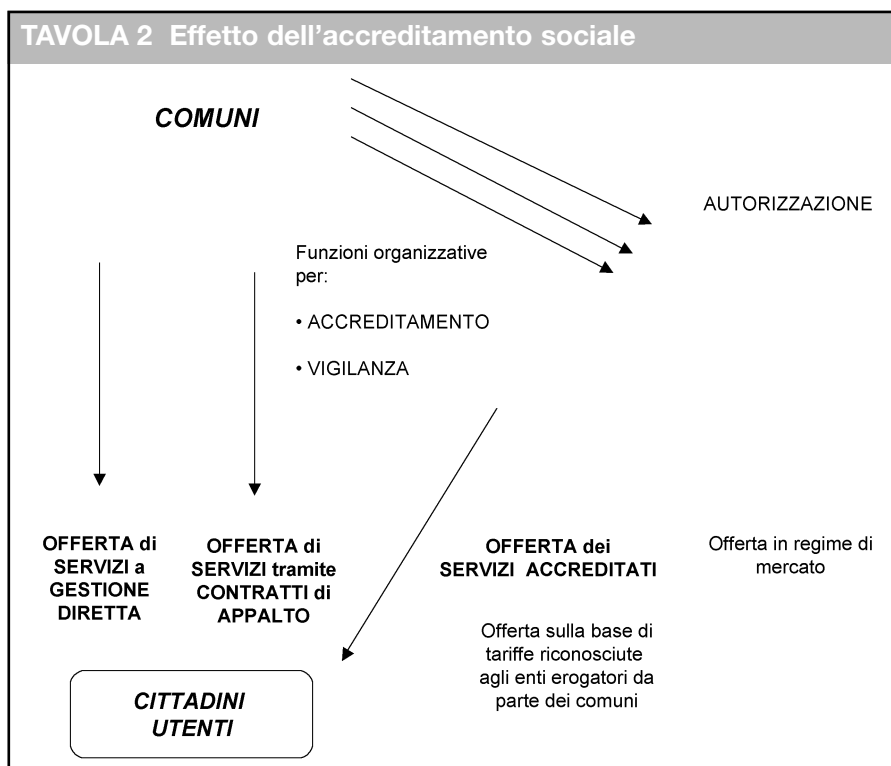
I soggetti destinatari degli interventi sono:²⁵

- minori per gli interventi integrativi o sostitutivi della famiglia;
- disabili e anziani per interventi finalizzati al mantenimento o al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
- malati di Aids e persone con disagi psico-sociali prive del necessario supporto familiare e bisognose di assistenza continuativa.

Sono individuate tre fasce di requisiti minimi.

- Requisiti comuni delle strutture a ciclo diurno e residenziale,²⁶ a loro volta articolati in:

- requisiti strutturali, possesso dei requisiti previsti dalle norme urbanistiche edilizie di prevenzione incendi, di igiene e sicurezza; ubicazione in luoghi abitati facilmente raggiungibili con mezzi pubblici e tali da consentire la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti; dotazione di spazi destinati ad attività di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto e organizzati in modo da garan-



tire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy;

- requisiti professionali, applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi; presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate in relazione alle caratteristiche e bisogni dell'utenza ospitata; presenza di un coordinatore responsabile della struttura;

- requisiti relativi al processo di erogazione del servizio, adozione di un registro degli ospiti e predisposizione di piani individualizzati di assistenza; predisposizione di progetti educativi individualizzati per i minori che indicano gli obiettivi da raggiungere, i contenuti, le modalità di intervento, il piano delle verifiche; organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti; adozione da parte del soggetto gestore di una "Carta dei servizi sociali" comprendente la pubblicazione delle tariffe praticate con indicazione delle relative prestazioni;

- Requisiti comuni ai servizi²⁷ attraverso presenza di figure professionali qualificate; presenza di un coordinatore responsabile; adozione della Carta dei servizi sociali; adozione di piani individuali di assistenza.

- Requisiti specifici delle strutture che sono distinte in:

- strutture a carattere comunitario caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza;

- strutture a prevalente accoglienza alberghiera caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti;

- strutture protette caratterizzate da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente;

- strutture a ciclo diurno caratterizzate da diversi gradi di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata.

È opportuno segnalare che, per i minori, sono richiesti ulteriori requisiti di tipo organizzativo in relazione alle necessità educativo-assistenziali.²⁸ Degna di nota è l'individuazione di "comunità di tipo familiare" e "gruppi appartamento" con funzioni di accoglienza e bassa intensità assistenziale, che

accolgono fino a un massimo di 6 utenti, anziani, disabili, minori o adolescenti, adulti in difficoltà per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale. Queste strutture abitative devono possedere esclusivamente i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Per le comunità che accolgono i minori, le Regioni devono stabilire specifici requisiti organizzativi, adeguati alle necessità educativo-assistenziali dei bambini e degli adolescenti.

Al regolamento sono allegati alcune tabelle contenenti i requisiti strutturali (ricettività; posti letto per camera; servizi igienici in rapporto al numero degli ospiti) e le caratteristiche degli arredi e attrezzature in rapporto alle diverse tipologie di servizio.

I due decreti qui esaminati mettono in evidenza l'ulteriore passaggio nella direzione del pluralismo gestionale che le regole legislative in materia di servizi sociali hanno promosso in questi ultimi anni: gestione diretta dei servizi sociali da parte dei Comuni singoli o associati; gestione tramite agenzie operative attivate dai Comuni (istituzione o azienda speciale); gestione attraverso contratti di affidamento a soggetti erogatori esterni; gestione attraverso l'accreditamento sociale; gestione delegata all'Asl sulla base di accordi amministrativi inter-istituzionali; gestione integrata inter-istituzionale tramite accordi di programma.

L'affidamento dei servizi tramite appalto e l'accreditamento si configurano come strumenti disponibili per le strategie operative dei Comuni. L'appalto di servizi è una scelta che può essere messa in atto quando l'ente intende progettare un'attività secondo le proprie intenzionalità. Il procedimento passa attraverso le seguenti fasi: definizione degli obiettivi; definizione delle quantità e della qualità del servizio; elaborazione del capitolato contrattuale che descrive le caratteristiche che si vogliono ottenere attraverso l'esternalizzazione; procedure di aggiudicazione; applicazione del contratto.

L'accreditamento si configura, invece, come una ricerca di un punto di incontro tra la domanda dell'ente pubblico e l'offerta dell'ente gestore sulla base di requisiti organizzativi stabiliti a livello statale (livelli minimi) e regionale (criteri specifici). Sembra di poter sostenere che nell'appalto di servizio è ravvisabile una maggiore vicinanza fra l'ente e il servizio offerto (nel senso che, attraverso il capitolato, il Comune può definire in modo preciso i contenuti del

servizio che intende offrire ai propri cittadini), mentre nell'accreditamento si afferma una specie di delega a un soggetto esterno, sia pure sulla base di caratteristiche operative definite e aventi un valore generale. Attraverso questa politica amministrativa sono già fin d'ora ravvisabili due percorsi d'uso da parte dell'utenza:

- accesso ai servizi accreditati sulla base di un'attività di accompagnamento simile a quella proposta nelle metodologie del *case manager* (accesso, precisazione degli obiettivi, individuazione dell'unità d'offerta utile alla persona sulla base del progetto individuale, verifica dei progressi del piano di assistenza) organizzato dal servizio professionale di ambito;²⁹

- accesso spontaneo alle unità di offerta da parte delle famiglie attraverso i "titoli per l'acquisto dei servizi sociali".³⁰

Vale davvero la pena di seguire con attenzione l'evoluzione delle pratiche operative dei servizi alla persona: c'è davvero il rischio che, in nome della libertà di scelta dei cittadini e del ruolo sussidiario della famiglia, si apra una nuova forma di abbandono e di solitudine degli utenti in situazione di bisogno. Occorre ricordare ancora una volta la cautela che il legislatore nazionale ha voluto elaborare in questo campo applicativo, dicendo che i criteri e le modalità per la concessione dei buoni servizio devono collocarsi "nell'ambito di un percorso attivo per l'integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari".³¹

Nei processi istituzionali e organizzativi dell'accreditamento, gioca un ruolo fondamentale la Carta dei servizi. Infatti, "l'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento".³²

In termini generali, la Carta dei servizi è definibile come una documentazione scritta, orientata alla comunicazione esterna e rivolta ai cittadini/utenti, con cui l'ente:

- esplicita le sue finalità;
- dichiara le prestazioni che si impegna ad erogare;
- dichiara come intende operare in caso di mancato rispetto delle prestazioni promesse.

È del tutto evidente la forte implicazione organizzativa di questo strumento, cioè quella di orientare il fornitore a mettere al centro le esigenze dell'utente/cliente.

Questa norma aiuta gli operatori e le organizzazioni, in quanto rende obbligatoria l'adozione di un documento

a evidenza esterna in cui devono essere dichiarati, oltre i livelli di qualità, anche le modalità di partecipazione dei cittadini e le correlate forme di difesa.

La Carta dei servizi si colloca in una zona di confine fra la tutela delle posizioni soggettive degli utenti³³ e le effettive capacità professionali e organizzative che l'ente è capace di produrre. Vale la pena di segnalare l'importanza della scelta del legislatore. Avendo deciso di puntare sulla Carta dei servizi, che attiva processi interni di miglioramento organizzativo, piuttosto che sulla certificazione di qualità affidata ad agenzie esterne (che ha l'effetto di delegare ad altri questi compiti) la legge dà un forte contributo alle capacità professionali di tutti gli operatori con funzioni di assistenza diretta o di coordinamento organizzativo che in questi anni hanno accresciuto le proprie competenze per lo sviluppo dei servizi alla persona.

Note

³³ idem, art. 13, c. 1

RECENSIONI

G. Brienza

FAMIGLIA E POLITICHE FAMILIARI IN ITALIA

Carocci, Roma, 2001, pp. 128

La famiglia sta prepotentemente ritornando al centro dell'attenzione delle istituzioni centrali e periferiche, delle politiche sociali e economiche, nonché dei partiti e movimenti politici. Quella che però risulta sinora carente, secondo l'autore, è un'organica e coerente politica "della" famiglia. A tale scopo questo lavoro, oltre a tracciare un quadro d'insieme sullo "stato di salute" del matrimonio e dell'istituto familiare nel nostro Paese, ricostruisce in maniera documentata e competente tutti i frammentari provvedimenti assunti nel passato e le novità in tema di politiche familiari proposte sul finire degli anni Novanta. Nella prospettiva di un progressivo decentramento, inoltre, Brienza effettua un'analisi della più recente normativa regionale in materia. Infine, vengono delineate le caratteristiche che dovrebbero essere assunte dalle politiche pubbliche per un'effettiva "soggettività sociale" della famiglia in Italia. Per completezza e aggiornamento, il libro si presenta come uno strumento utile per tutti coloro che, a vario titolo, sono interessati alla politica familiare: amministratori, assistenti sociali, sociologi, membri del volontariato.

La compliance nell'approccio al paziente cronico

NEL PERIODO DICEMBRE 2000 GIUGNO 2001, SI È SVOLTA PRESSO L'ASL DI LECCO UNA RICERCA SUL LIVELLO DI COMPLIANCE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA DEI PAZIENTI IPERTESI E DISLIPIDEMICI, PER ESPORRE UNA DIMENSIONE IMPORTANTE MA POCO DOCUMENTATA SULLA QUALE IL MMG PUÒ E DEVE AVERE UN RUOLO.

AA. VV. *

Asl Lecco

La ricerca effettuata origina da una serie di considerazioni che ci hanno convinto dell'utilità di raccogliere dati su una dimensione del trattamento delle malattie cardiovascolari che appare poco documentata in letteratura, pur essendo una variabile che condiziona pesantemente l'efficacia della terapia. I presupposti dai quali è partito lo studio sono molteplici.

L'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia sono condizioni frequenti e partecipano in modo consistente a rendere la morbilità e la mortalità per malattie cardiovascolari uno dei problemi emergenti per la salute della nostra popolazione.¹

Una percentuale tra il 17 e il 20% della popolazione adulta dovrebbe essere sottoposta a monitoraggio della pressione arteriosa;² altri lavori confermano che, per ogni anno di età aggiuntivo, è presente un incremento della pressione arteriosa di circa 1 mm Hg. con un aumento della quota di ipertesi con il passare degli anni (dal 4% nella fascia di età 18-22 anni al 64% della fascia di età 70-79 anni).³

La prevalenza dei soggetti oltre i 45 anni con colesterolemia >240mg/ml è in Italia del nord del 24% nei maschi e del 26% nelle femmine (cfr. Osservatorio epidemiologico cardiovascolare dell'Istituto superiore di sanità).

I vantaggi sulla salute legati al controllo dell'ipertensione e della dislipidemia sono ampiamente documentati e solo per l'ipertensione è noto che il suo controllo riduce del 16% gli eventi coronarici ischemici e del 42% gli ictus cerebrali.⁴ Per quanto riguarda le statine, il beneficio è di una protezione annuale del 30% sugli eventi cardiovascolari

in genere e del 29% sulla mortalità cardiovascolare.⁵ I benefici sulla salute sono ancora più evidenti se si utilizza come indicatore non solo quello del numero degli eventi evitati (o rischio assoluto), ma quello cumulativo degli anni di vita guadagnati in assenza di complicanze e in pieno benessere.⁶

Il controllo di questi eventi costituisce un grosso carico di lavoro per il Medico di medicina generale (di seguito Mmg): solo per l'ipertensione esiste un carico medio di circa 200 pazienti per ogni Mmg che devono essere inquadrati e seguiti nel tempo anche per evitare ulteriori complicanze legate, per esempio, al rimodellamento del muscolo cardiaco (circa il 75% del totale dei casi di scompenso cardiaco ha un'anamnesi positiva per ipertensione arteriosa). Nell'ipotesi realistica che ognuno di questi pazienti si rechi/venga convocato almeno una volta al mese per motivi vari nell'ambulatorio del proprio medico, questa porzione di assistiti genererà 2000- 2500 accessi all'anno.

È stato stimato che solo una percentuale che varia tra il 50 e il 74% dei pazienti ipertesi è in terapia e che la situazione è controllata solo nel 50% di questi pazienti.⁷ In particolare, per ciò che riguarda la *compliance*, alcuni dati di letteratura stimano che il 50% dei pazienti in trattamento interrompe la terapia entro il primo anno. Gli ACE inibitori sono tra i principi attivi che hanno il tasso di compliance più alto,⁸ seguiti dai calcio antagonisti, dai beta bloccanti e dai diuretici.⁹

L'impatto economico di quanto descritto e della mancata compliance nella terapia ipertensiva è evidente sia in termini di costi diretti sia indiretti.