

30<sup>o</sup> 1980/2010  
**Assilt**

**ASSILT:  
trent'anni  
di benessere**

Associazione per l'assistenza sanitaria integrativa  
ai lavoratori delle aziende del Gruppo Telecom Italia

## **Rete sociale e sistema della salute nell'Italia delle regioni: verso un nuovo modello**

LA RICERCA





RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI  
**INTRODUZIONE ALLA RICERCA**

## INTRODUZIONE ALLA RICERCA

*“Il mondo che sto tentando di comprendere [...] è quello in cui gli individui pensano di desiderare una cosa, ma poi, non appena l'hanno ottenuta, scoprono con costernazione di non desiderarla affatto quanto pensavano o di non desiderarla per nulla, e che ciò che ora desiderano realmente è qualcos'altro, qualcosa di cui in precedenza erano ben poco coscienti.”*

*(Albert O. Hirschman)*

Ogni epoca può, a suo modo, definirsi “moderna”. Almeno ogni epoca che ha memoria del proprio passato e consapevolezza di rappresentare un sistema sociale, culturale e politico diverso da quello precedente. Quella della Roma imperiale è stata, ad esempio, un'epoca moderna, rispetto a quelle precedenti. Ma “moderni”, probabilmente, si saranno sentiti anche i cittadini che hanno vissuto il declino dell'impero e quelli che ne hanno, successivamente, vissuto la caduta. Né l'ascesa, né il declino, né la caduta di una civiltà come quella romana, sicuramente hanno evocato, ai testimoni del tempo, il senso di appartenere al passato.

Gli storici, però, identificano la modernità riferendosi ai modi di vita e di organizzazione sociale che si affermarono in Europa verso il XVII secolo ed estero la loro influenza, successivamente, in gran parte del mondo. Il concetto di modernità ha, quindi, dei riferimenti ben definiti: un luogo d'origine (l'Europa), un tempo (il XVII secolo) e un carattere (la discontinuità rispetto all'organizzazione sociale precedente).

Se il luogo e il tempo appaiono elementi congiunturali alla definizione del concetto di modernità altrettanto non si può dire circa il carattere di discontinuità. L'idea che la storia sia segnata da discontinuità è molto diffusa e ha caratterizzato gran parte delle correnti di





pensiero marxiste. Ma la discontinuità che c'è dietro la "modernità" è diversa rispetto a quella di qualsiasi altra epoca.

Sia per estensione che per intensità, infatti, l'epoca moderna ha prodotto mutamenti che hanno trasformato profondamente l'idea stessa di società. I modi di vita introdotti dalla modernità hanno cambiato l'ordinamento sociale in modo del tutto nuovo, determinando forme di connessione e interdipendenza che hanno progressivamente interessato l'intero pianeta. Queste trasformazioni hanno riguardato non solo la società nel suo complesso ma anche l'individuo negli aspetti più intimi e personali dell'esperienza quotidiana.

I cambiamenti avvenuti nel corso degli ultimi tre secoli (un tempo brevissimo misurato con l'orologio della storia) sono stati così profondi e universali che anche la conoscenza delle epoche precedenti è di scarso aiuto nel cercare di interpretarli.

Quattro aspetti caratterizzano la discontinuità delle società moderne con quelle tradizionali. Il primo aspetto riguarda la velocità delle trasformazioni che caratterizzano l'era moderna. Il ritmo con cui si susseguono i cambiamenti, infatti, non ha paragoni con le epoche precedenti. Le accelerazioni determinate dalle nuove scoperte scientifiche e tecnologiche rappresentano solo l'aspetto più visibile, ma la velocità dei mutamenti interessa tutte le sfere dell'esistenza.

Il secondo aspetto riguarda l'interdipendenza e la reciprocità che interessano aree sempre più vaste: ogni attivazione in un luogo del pianeta produce effetti su tutte le altre aree.

Il terzo aspetto riguarda la natura delle organizzazioni sociali e politiche che non ha riscontri con altre epoche (è il caso, ad esempio, dello stato-nazione).

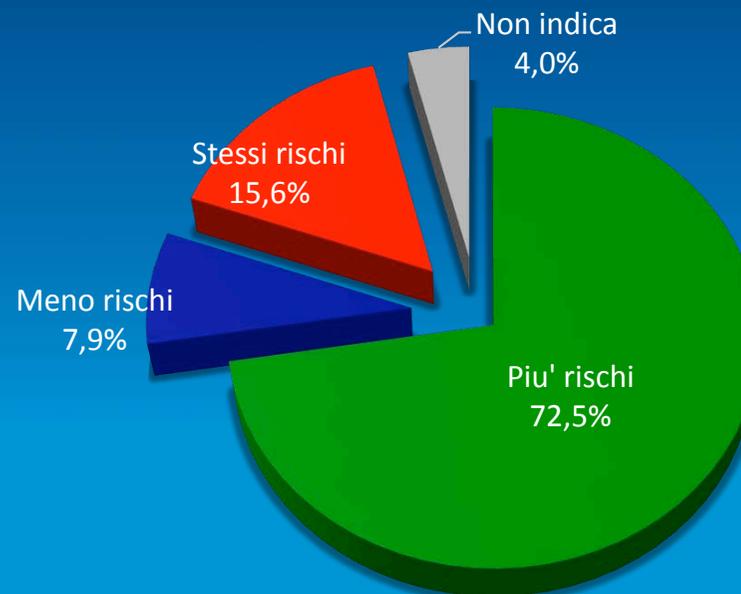
Il quarto, ed ultimo aspetto, infine, si riferisce all'assoluta dipendenza della produzione da fonti energetiche diverse da quelle riconducibili all'uomo o agli animali.

Velocità, interdipendenza, nuove organizzazioni sociali e politiche, nuove fonti energetiche, rappresentano i caratteri che distinguono l'era moderna da tutte le altre.

Ma c'è un quinto aspetto che solo da poco le scienze umane si sono incaricate di indagare e riguarda l'idea di rischio.

L'idea di rischio è strettamente connessa all'idea di modernità e l'origine stessa del concetto coincide con la nascita dell'era moderna. Furono i primi esploratori occidentali a definire "rischiosa" la navigazione in mari sconosciuti. E se originariamente l'idea di rischio faceva riferimento allo "spazio" (il mare sconosciuto) solo più tardi venne utilizzata con riferimento al "tempo" per indicare le conseguenze probabili di un investimento. Col passare degli anni e l'ampliamento delle conoscenze che consentono di elaborare nuovi scenari, l'idea di rischio ha allargato i riferimenti a varie situazioni di incertezza che hanno a che fare col futuro.

**RISPETTO A 30 ANNI FA SI CORRONO PIU' O MENO  
RISCHI DI AMMALARSI DI UNA MALATTIA CHE RICHIEDA  
CURE COSTOSE?**





All'idea di rischio si accompagna sempre l'idea di incertezza e non si può definire rischiosa una decisione i cui effetti sono assolutamente sicuri.

Se, ad esempio, un paracadutista si lancia dall'aereo e decide di non aprire il paracadute compie una scelta il cui risultato è certo.

Il fatto che rimanga vivo prima dell'impatto con la terra non aumenta le sue probabilità di sopravvivenza finali. Ma se il paracadutista decide di aprire il paracadute, si attiva una situazione di rischio le cui probabilità sono positivamente valutate prima del lancio.

Gli antichi non conoscevano il concetto di rischio. Cercavano gli auspici degli dei, i segnali premonitori nelle stelle, laddove oggi si utilizza l'idea di rischio, anche se molti di questi rituali magici sono giunti fino ai nostri giorni.

Basti pensare ai riti scaramantici dei scommettitori d'azzardo le cui decisioni hanno molto a che fare con le probabilità insite nel gioco e assai poco con l'astrologia ma, ciononostante, tali rituali fanno parte, ancora oggi, di un certo modo di vivere il gioco.

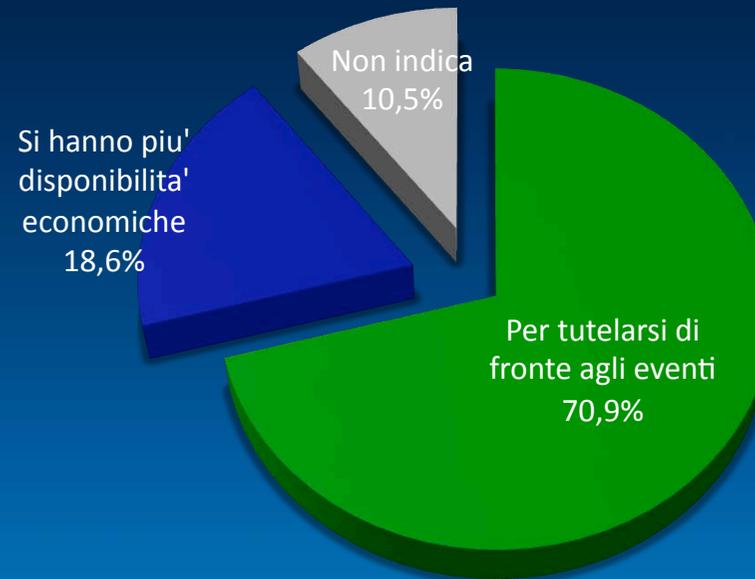
Il concetto di rischio è presente solo nelle civiltà orientate al futuro, che vedono "il futuro proprio come un territorio da conquistare o da colonizzare" (A. Giddens), che cercano di determinarlo, anziché lasciarlo alla superstizione, alla tradizione o alla fatalità degli eventi esterni.

Poiché è normale cercare di ridurre il rischio di eventi negativi, si spiega come mai, fin dalle origini, l'idea di rischio si è accompagnata a quella di assicurazione.

Con l'assicurazione una comunità di individui valuta la dimensione del rischio di ogni singolo individuo e lo condivide reciprocamente tra tutti gli appartenenti alla comunità.

Il vantaggio è duplice: da un lato ogni singolo individuo riceve, in caso di evento negativo, un "risarcimento" (in servizi o in denaro) che compensa, in tutto o in parte, l'assunzione del rischio; dall'altro lato ciascun membro della comunità si assume una quota dei rischi di tutti gli altri membri della comunità che sarà, comunque, minore al rischio individuale.

PER QUALE MOTIVO SI SONO MOLTIPLICATE LE  
OFFERTE DI POLIZZE ASSICURATIVE CHE RIGUARDANO  
LA SANITÀ?



Naturalmente chi assicura starà bene attento a valutare le probabilità che un rischio si trasformi in evento negativo (e quindi risarcibile) e ad evitare di assicurare per lo stesso rischio tutti gli appartenenti alla comunità (poiché sarebbe impossibile risarcirli tutti). Quando si parla di assicurazioni non bisogna pensare soltanto alle società commerciali. Il welfare state, le cui origini risalgono alle *poor laws* inglesi, è infatti, un sistema di gestione del rischio. L'assicurazione è possibile solo se si crede in un futuro creato dall'uomo e sotto questo punto di vista la scienza ha dato significative risposte. La transazione dalla funzione



salvifica della religione a quella della scienza, infatti, ha dato un nuovo valore all'idea di rischio poiché se la scienza ha aperto nuove prospettive all'uomo, rendendolo artefice del proprio destino, il rischio ne orienta le scelte verso un orizzonte di possibilità positivamente valutate.

Se accettiamo l'idea che l'uomo è artefice del proprio futuro, e che la valutazione del rischio è uno dei mezzi per realizzarlo, ne consegue che il rischio non risiede più solo all'esterno dell'uomo ma anche al suo interno. L'uomo moderno è, cioè, al tempo stesso artefice del futuro e origine dei rischi che derivano dal tentativo di realizzarlo.

Anthony Giddens distingue *tra external risk* (rischio esterno) e *manufactured risk* (rischio costruito). Per il noto sociologo nel rischio esterno rientrano tutti i rischi provenienti dagli elementi fissi della natura e dalla tradizione; nel rischio costruito rientrano, invece, i rischi riconducibili all'impatto sul mondo della conoscenza manipolatoria dell'uomo moderno. I rischi ambientali derivanti dall'inquinamento rientrano, ad esempio, in questa seconda categoria.

Nelle società pre-moderne l'uomo cercava di propiziarsi gli auspici della natura attraverso rituali religiosi o magici, attribuendo al fato, gran parte delle calamità che lo affliggevano. In tempi recenti l'uomo ha smesso di preoccuparsi di ciò che la natura può fargli per concentrarsi su quello che lui stesso sta facendo alla natura. La questione di come governare la natura, infatti, non è più centrale e se prima la domanda che aveva accompagnato per millenni l'uomo era come dominare la natura, oggi la questione è come governare la conoscenza che ha dominato la natura. E sotto questo punto di vista si è chiuso un ciclo che ha cambiato l'orizzonte speculativo. Il passaggio dalla prevalenza del rischio esterno al rischio costruito, infatti, ha cambiato inevitabilmente l'idea stessa di rischio e di "assicurazione", inglobando via via aspetti importanti che potremmo definire con l'idea di "qualità della vita".

Il concetto di welfare oggi, infatti, comprende anche aspetti immateriali (stato di salute, relazioni sociali, ambiente, tempo libero, cultura) più direttamente collegati a una percezione soggettiva dei cittadini.



L'idea della realizzazione di un stato di benessere collettivo è presente negli albori della storia del pensiero filosofico. La Repubblica di Platone non n'è che uno dei primi illustri di strutturazione ragionata.

Il benessere collettivo è un traguardo che si fa reale con la diffusione del concetto di *politeia* nel quale si fondono i due significati del concetto di cittadinanza (cittadinanza come costituzione e come complesso di cittadini). Un concetto che ha in sé l'idea stessa di società come comunità di individui che condividono valori, bisogni, aspettative e fini generali, antepoendoli agli interessi individuali (per i greci una forma mentis possibile che si realizza mediante l'educazione alla *sophrosyne*, la virtù del cittadino che esprime la propria capacità di auto-limitazione con la prudenza).

Il Secolo XVIII riconobbe all'individuo diritti fino ad allora preclusi, ma finalmente realizzabili con e nel patto sociale; diritti universali perché reificabili nella collettività, con la collettività. Ciò fu possibile per l'eredità di un lungo e tortuoso processo cumulativo del pensiero, in merito al rapporto differenziale tra uomo e natura, tra natura umana e natura animale e, infine, a quello relativo all'uomo fra gli altri uomini.

Con la realizzazione del disegno democratico si cominciò a parlare di diritti degli svantaggiati in modo diverso da quanto fatto con le monarchie seppur illuminate. A partire dalla rivoluzione francese i contenuti e le logiche dell'idea di Welfare State cominciano a delinearsi, a prendere forma nella descrizione di una nuova modalità di azione dello Stato, sia come potere sia come apparato.

Già nelle sue disposizioni fondamentali nella versione del 1791 la Carta Costituzionale francese prevede forme di assistenza pubblica organizzata, nell'abito della sanità e dell'istruzione.

*« Il sera créé et organisé un établissement général de Secours publics, pour élever les enfants abandonnés, soulager les pauvres infirmes, et fournir du travail aux pauvres valides qui n'auraient pu s'en procurer.*



*«Il sera créé et organisé une Instruction publique commune à tous les citoyens, gratuite à l'égard des parties d'enseignement indispensables pour tous les hommes et dont les établissements seront distribués graduellement, dans un rapport combiné avec la division du royaume ».*

Emerge, quindi, l'elemento che sarà poi centrale nel concetto di Welfare State a partire dalla seconda guerra mondiale: l'impegno dello Stato nella realizzazione di tutti quegli elementi che concorrono a rendere possibile il benessere. L'uguaglianza delle possibilità d'accesso diventa il baricentro dello stato di benessere nelle società occidentali. Ma è nella ri-definizione contemporanea del rapporto tra uomo e società, tra cittadino e cittadinanza, che si comincia a profilare l'idea del welfare come modello capace di rispondere a bisogni sociali più ampi che riguardano tanto le opportunità quanto una nuova idea della qualità della vita.

Nell'accezione moderna, quindi, il concetto di Welfare è ancora più vicino a quel fine della società politica che Aristotele indicava come "vita buona, vissuta in modo bello e felice". Welfare, cioè, come "benessere" dell'individuo e della società.

In questo processo l'economia si propone, al fine di definire i bisogni, di distinguere e classificare le attività economiche, ma anche di comprendere il significato e il ruolo degli attori sociali e il clima di fiducia dei cittadini.

Pur utilizzando numeri e formule per descrivere i caratteri dei processi economici, l'economia non è, però, una scienza da laboratorio. Non può riprodurre in vitro i processi e fare esperimenti. L'economia è una scienza che deduce dai fatti e dai comportamenti degli individui le sue leggi e le sue teorie. E', cioè, una scienza sociale e in quanto tale non può prescindere dall'universo in cui opera e dai soggetti che compiono le scelte o sono agenti funzionali ai processi decisionali.

Nelle discipline economiche è centrale il concetto di sviluppo il cui principale indicatore è rappresentato dal PIL.



Come è noto il PIL si riferisce al valore monetario dei beni e dei servizi finali prodotti in un anno (al lordo degli ammortamenti) all'interno di un determinato territorio, per unità di popolazione.

A lungo si è ritenuto che il PIL rappresentasse, oltre alla ricchezza prodotta da un paese, anche il livello di benessere della società nel suo complesso. Sotto questo punto di vista, in realtà, il PIL si è rivelato inadeguato, tanto che si ritiene opportuno distinguere tra crescita economica e sviluppo. Se accogliamo l'idea di "sviluppo" (nel senso più ampio e multidimensionale) come un insieme di cambiamenti che caratterizzano una specifica realtà è evidente che la misura non può riferirsi esclusivamente alla ricchezza prodotta.

La semplice variazione della ricchezza prodotta non è sufficiente a far parlare di sviluppo. E' necessario, ad esempio, che essa sia associata ad un'equa redistribuzione dei redditi, poiché dove la disuguaglianza interna è molto alta, la crescita economica non riuscirà ad innalzare il livello di qualità della vita della società nel suo complesso, perché i soldi e le opportunità saranno concentrati nelle mani di una cerchia ristretta di persone.

In questa ottica si colloca la visione delle Nazioni Unite, le quali si basano su un concetto di sviluppo che va molto al di là del semplice andamento dei redditi nazionali. Lo sviluppo viene definito come un ampliamento delle possibilità di scelta date alle persone, la creazione di un ambiente dove possono sviluppare il loro potenziale e condurre esistenze produttive secondo le loro necessità e i loro interessi.

I diritti umani, lo sviluppo tecnologico, non devono solo essere considerati il risultato di un processo di sviluppo, ma soprattutto strumenti funzionali al suo raggiungimento.

Maggiori diritti umani, infatti, rendono gli individui migliori attori economici (Rapporto sullo Sviluppo Umano, 2000).

Spesso la crescita economica ha significato maggiori possibilità di scelta per gli individui ma non ha reso, automaticamente, più praticabili tali scelte e più certi ed esigibili i diritti. Allargare l'area dei diritti è, invece, un fattore funzionale alla crescita economica e sociale come dimostrano i risultati dei Paesi europei più sviluppati sotto il profilo sociale.



E' evidente, infatti, proprio la stringente relazione tra sviluppo economico e allargamento dei diritti e delle opportunità. E non perché lo sviluppo tende naturalmente a favorire l'estensione dei diritti ma perché a tassi più elevati di dinamicità sociale corrispondono tassi più elevati di dinamicità economica. Non a caso le comunità aperte, includenti, sono oggi più forti delle società escludenti. E l'apparente incoerenza che viene dalle economie emergenti è il segno che queste ultime possono reggere una competizione economica che si è fatta più asciutta e dura solo pagando il prezzo di una compressione intollerabile dei diritti sociali e individuali.

A strutture sociali meno evolute corrisponde sovente una crescita economica rallentata (in virtù di ambienti socialmente meno "favorevoli" e competitivi). Ne consegue che occorre riconsiderare i parametri di valutazione dello sviluppo in un'ottica che tenga sempre più conto di indicatori di qualità sociale.

Questo argomento è di grande attualità nella comunità scientifica internazionale ed è nota la polemica tra quanti continuano ad utilizzare esclusivamente gli indicatori di performance economica per identificare lo sviluppo e coloro, invece, che tengono conto di elementi legati al benessere e al godimento dei diritti soggettivi. E per fare questo occorre rovesciare la logica che tende a considerare il "clima" e la dotazione di infrastrutture sociali come un fattore ausiliario allo sviluppo, avviando in tal senso un riequilibrio dei processi di governance del territorio.

*Quest'indagine mette sotto la lente il welfare italiano, nei suoi due assi fondamentali, il sistema della salute e quello dei servizi socio-assistenziali, mettendo a fuoco i destinatari dell'azione assistenziale: i cittadini, origine e, insieme, fine ultimo di questo grande organismo di coordinamento carico di significati simbolici che è il Welfare State.*

*Si è proceduto, quindi, ad inserire gli elementi rilevanti del sistema sociosanitario italiano in un quadro complessivo, che tenesse conto di strutture macrosociali predefinite quali la qualità della vita, la fiducia nelle istituzioni, le prospettive per il futuro.*



RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI

**QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE**

## QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE

Soddisfatti di come si vive nel proprio comune e del proprio tenore di vita, ma la vera sfida è il futuro, che spinge i cittadini a misurarsi oltre i confini tradizionali, alza la sfida inasprisce la competizione ed il senso di smarrimento è accentuato nei soggetti più esposti.

Il 74% degli intervistati ha espresso un giudizio positivo sulla qualità della vita nel comune dove risiede (mentre il 23,2% ha espresso un giudizio negativo). Le concentrazioni di valutazioni positive più alte sono state registrate tra gli uomini (76,3%), tra i giovani (79,1%), tra i laureati (77,9%) e, in generale, tra chi ha un profilo sociale elevato.

E' interessante notare come si distribuiscano i giudizi rispetto alla variabile geografica: Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Marche, sono ai primi posti per quanto riguarda la qualità della vita mentre in fondo alla graduatoria risultano la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia.

Il passaggio da una percezione generica (come si vive nella Regione di residenza) ad una dimensione soggettiva (il tenore di vita personale) accentua i caratteri appena descritti.

Coerentemente il 75,5% degli intervistati ha dichiarato di essere soddisfatto del proprio tenore di vita.

Ancora una volta i giudizi positivi sono più alti tra gli uomini e più bassi tra le donne e si ha una significativa relazione in ragione dell'età: tra i giovani, infatti, la percentuale di soddisfatti è pari all'80,6%, nella fascia 35-54 anni scende all'74,2% e cala ulteriormente al 72,9% tra chi ha più di 54 anni.

Ugualmente significativa è la relazione tra livello di scolarizzazione e livello di soddisfazione: tra i laureati la percentuale sale all'86,1% mentre scende al 61,8% tra chi ha un titolo di studio basso.





Anche in questo caso, a livello di singola regione, percentuali di soddisfatti significativamente più alte della media, sono state registrate in Valle d'Aosta, in Trentino Alto Adige e in Toscana, mentre agli ultimi posti risultano ancora una volta la Campania, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna.

Le valutazioni sul miglioramento o peggioramento del tenore di vita accentuano i caratteri rendendoli più marcati: Il 10,9% degli intervistati ha dichiarato che, negli ultimi anni, il proprio tenore di vita è migliorato mentre il 48,4% ha denunciato un peggioramento delle proprie condizioni.

La percentuale di quanti hanno dichiarato migliorato il tenore di vita è più alta tra i giovani (21,3%) e scende in relazione all'età degli intervistati (6% tra chi ha più di 54 anni).

A livello regionale, le percentuali di quanti hanno dichiarato migliorato il tenore di vita sono significativamente più alte della media in Valle d'Aosta, in Trentino Alto Adige e in Sardegna, mentre agli ultimi posti risultano la Liguria, la Toscana e il Lazio.

Se gli insoddisfatti si concentrano decisamente tra chi ha un livello di status basso la percezione di staticità è più trasversale e coinvolge fasce sociali di livello più alto. I caratteri illustrati finora si accentuano nella previsione futura del tenore di vita. Infatti, il 25,2% degli intervistati ha dichiarato che il tenore di vita personale nei prossimi anni migliorerà mentre il 41,2% prevede un peggioramento.

La percentuale di ottimisti è più alta della media tra gli uomini e tra i giovani (66%) mentre scende considerevolmente in relazione all'aumentare dell'età degli intervistati. D'altronde, dal punto di vista sociologico, ciò che differenzia i giovani dagli anziani è proprio la collocazione lungo l'asse del tempo: gli anziani hanno più passato, i giovani hanno più futuro e questo, evidentemente, ne condiziona i giudizi e le valutazioni. L'idea di un miglioramento del tenore di vita personale nei prossimi anni è maggiormente diffusa tra quanti vivono nei centri fino a 5.000 abitanti, mentre la percentuale più bassa è tra chi risiede nei Comuni superiori a 250.000 abitanti.

Più orientati verso un futuro positivo in Campania, in Calabria, in Sardegna, mentre agli ultimi posti risultano i cittadini del Friuli Venezia Giulia e della Liguria.

In sintesi:

- dal punto di vista geografico i cittadini del nord hanno espresso un più elevato livello di soddisfazione per la qualità della vita in generale e sempre nel nord la percentuale di soddisfatti del proprio tenore di vita è più alta della media. La situazione, però, sembra in evoluzione: negli ultimi anni, infatti, il tenore di vita è migliorato soprattutto per i cittadini residenti del nord est ma i più convinti che ci sarà, in futuro, un miglioramento sono i cittadini del sud e delle isole;
- è nei Comuni fino a 5.000 abitanti che è stata registrata la percentuale di soddisfatti e di ottimisti più alta della media. La dimensione demografica del comune di residenza sembra essere significativamente in relazione alla percezione di dinamicità sociale dei cittadini.

Dal punto di vista sociale l'area del disagio sembra destinata ad allargarsi. Sinteticamente si può dire che su dieci italiani:

- due sono soddisfatti del proprio tenore di vita e ritengono che la propria condizione migliorerà o comunque non cambierà nei prossimi anni;
- due sono soddisfatti ma vivono un limbo sociale che li rende congelati nella visione del futuro,
- tre sono soddisfatti del tenore di vita attuale ma denunciano un peggioramento delle proprie condizioni e temono un ulteriore arretramento,
- tre vivono una marginalità sociale carente di prospettive di inserimento e percepiscono una dinamica di allontanamento e di progressiva espulsione dal sistema. I più esposti a questa dinamica sono gli anziani, le donne e chi ha un basso livello di scolarizzazione.



## L'APPROCCIO DI ANALISI ED IL METODO

Dinanzi allo scenario che abbiamo voluto osservare, molteplice e intrinsecamente complesso, il processo descrittivo della società sarebbe risultato infruttuoso se non avesse tenuto in considerazione la sua multidimensionalità. E' per questa ragione che il lavoro che abbiamo presentato muove dall'analisi della società come essa è, con le sue risultanze e sinergie per arrivare a descrivere la società come essa si percepisce, nella sua interezza e nelle sue specificità.

Le dinamiche strutturali che caratterizzano l'Italia (studiate attraverso l'analisi dei dati registrati da enti e istituti pubblici) rappresentano il quadro di riferimento all'interno del quale il cittadino ha percezione di sé, delle sue relazioni con gli altri individui e con l'ambiente che abita. Non abbiamo, però, voluto fare un gioco di specchi ponendo la società e gli individui l'una di fronte agli altri perché, proprio come due specchi che riflettono la stessa immagine, avremmo avuto un effetto stupefacente ma illusorio, senza orizzonti e con profondità virtuali. Nell'impostazione che abbiamo dato al lavoro gli individui sono il centro dell'ecosistema che abbiamo voluto rappresentare, lo determinano e lo caratterizzano perché solo attraverso l'analisi delle relazioni è possibile descrivere i traccati di decodifica della società.

D'altronde è su questi metodi che l'analisi sociologica moderna ha trovato le sue chiavi interpretative. La sociologia non è più, cioè, lo studio della società nel suo complesso ma delle relazioni tra individui e dell'individuo con la società. Ed in questo schema nulla è apparente, ed anche laddove la contraddizione è evidente, è solo il manifestarsi della duplicità del reale.

Porre l'individuo al centro del processo sociale, al centro del microcosmo in cui è vive e si relaziona non vuol dire alienarlo dal panorama globale. Al contrario, significa misurare la società non più in astratto ma attraverso l'insieme di singoli individui che muovono, agiscono, scelgono in funzione di sé e degli altri.





La multidimensionalità e la duplicità sono variabili ricorrenti di questo approccio, ma sono anche variabili di risultanza, prodotti di ricodifiche: non esistono in natura se non attraverso aggregazioni. Ma se questo è il condotto delle società moderne, questo è, forse, l'unico percorso possibile.

Punto di partenza è rappresentato dall'analisi delle dinamiche strutturali. A tal fine è stato fatto un lavoro propedeutico alla rilevazione facendo ricorso alle numerose ed esaurienti banche dati pubbliche. Tra le molte segnaliamo l'Istat, la Banca d'Italia e la Società Geografica Italiana. Per l'indagine sulla percezione dei cittadini si è fatto ricorso allo strumento della rilevazione telefonica<sup>1</sup>. Le interviste telefoniche sono apparse come la soluzione ottimale, in quanto consentono di raggiungere qualsiasi punto del territorio nei tempi e nelle quantità volute, consentono il sicuro ed assoluto rispetto delle soglie campionarie previste e garantiscono, per tutti gli aspetti dell'indagine, identico margine di affidabilità statistica dei dati rilevati. Inoltre, l'utilizzo di un sistema di interviste centralizzato e gestito con l'ausilio del computer (Sistema C.A.T.I.) offre la possibilità di gestire i campioni in modo coerente e con cadenze di intervista alle date prefissate e il campione è stato articolato per variabili demosociali (sesso, età, titolo di studio) e per variabili territoriali (Regione e ampiezza centri). Considerato l'obiettivo specifico dell'indagine, si è resa evidente la necessità di fare ricorso ad un campione che riproducesse fedelmente e significativamente la realtà italiana.

---

<sup>1</sup> L'universo cui si riferisce la ricerca è quello della popolazione maggiorenne italiana. La ricerca è stata realizzata attraverso una rilevazione telefonica assistita dal computer (con sistema C.A.T.I.) su un campione rappresentativo articolato per sesso, età, titolo di studio, Regione e ampiezza centri. Complessivamente sono state effettuate 12.000 interviste (600 a Regione). Il margine d'errore riferibile a ciascuna regione è pari a +/-4% mentre quello relativo al totale della popolazione è pari a +/-1%.

I dati sono stati successivamente ponderati all'universo di riferimento di ciascuna regione sulla base delle variabili campionarie. Le interviste sono state effettuate nel periodo che va dal 3 settembre al 15 ottobre 2010.



L'analisi è stata supportata dagli studi e dalle teorie sociali più recenti. Tra i diversi esperti a cui abbiamo fatto riferimento segnaliamo Giddens, Ascoli, Paci e Garimberti. Una bibliografia più completa è presentata alla fine di questo lavoro. Abbiamo voluto, però, citare questi autori non solo per l'importanza dei loro lavori nei diversi e specifici campi, ma in quanto "co-autori" delle chiavi interpretative a cui ci siamo ispirati.

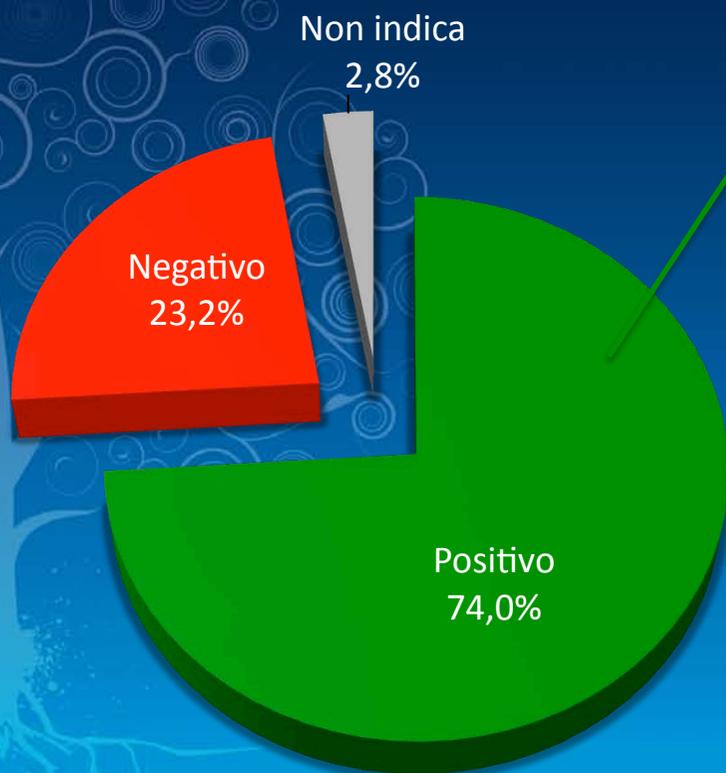
Si è scelto di illustrare la ricerca seguendo lo stesso percorso lungo il quale abbiamo trovato smentite e conferme alle ipotesi di partenza. Non per vezzo ma per lasciare al lettore quella sensazione di rovesciamento che abbiamo vissuto anche noi da ricercatori, scoprendo come certi luoghi comuni relativi all'idea di "socialità", e conseguentemente di Welfare, facessero parte di un sentire non contaminato.

Iniziamo, quindi, questo percorso, così come è iniziato per noi: dalla visione del presente e dall'idea di futuro.

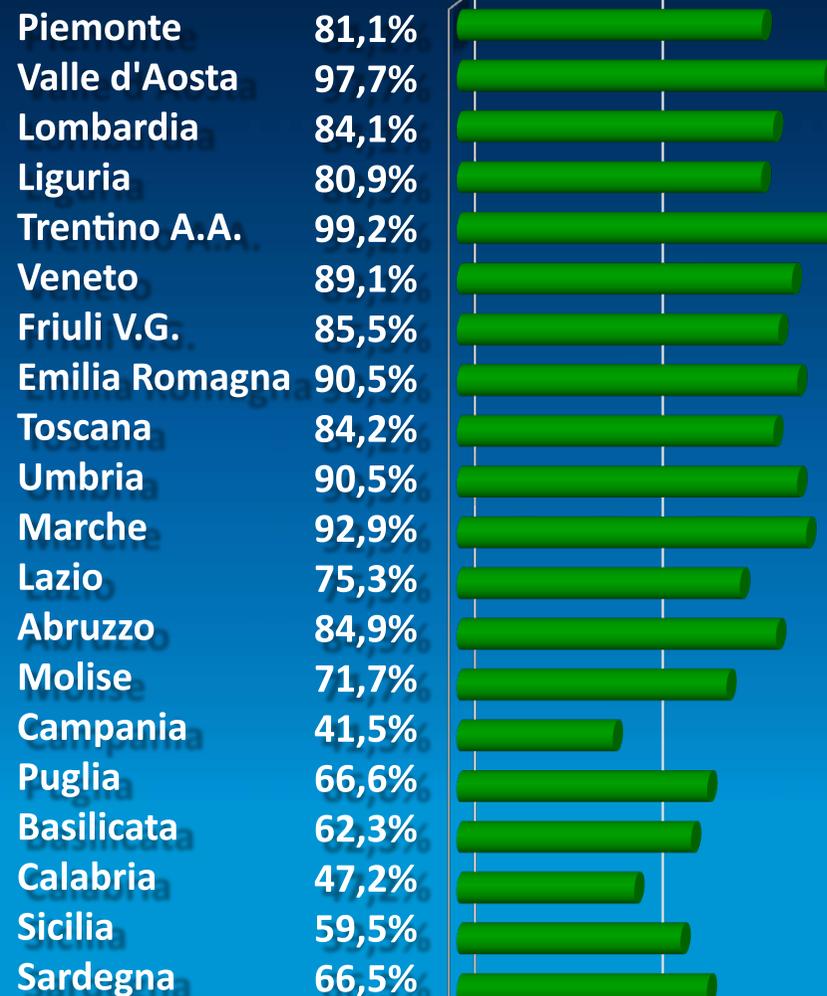
# QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE

## La qualità della vita

NEL COMPLESSO COME SI VIVE NEL SUO COMUNE,  
QUAL È IL LIVELLO DI QUALITÀ DELLA VITA?



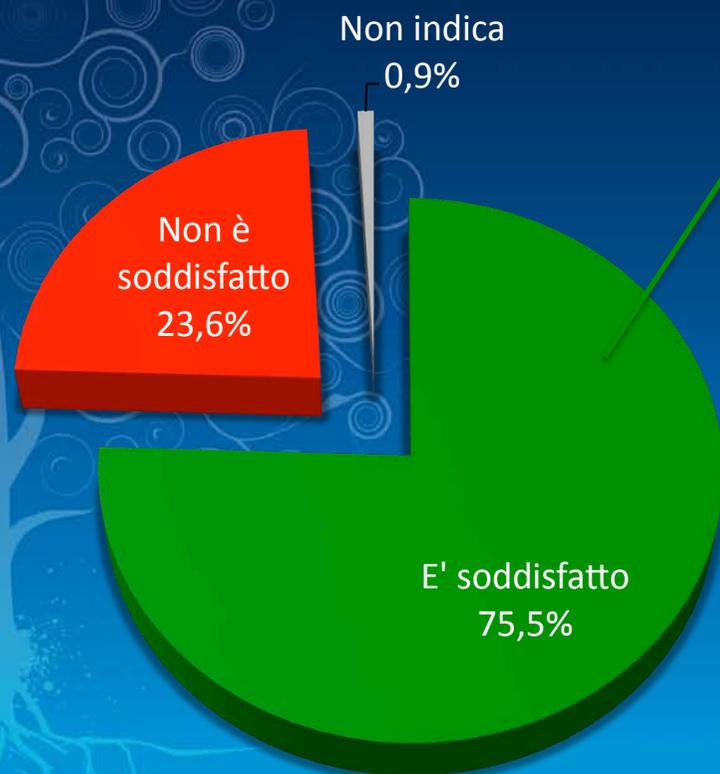
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
sulla qualità della vita (per regione)



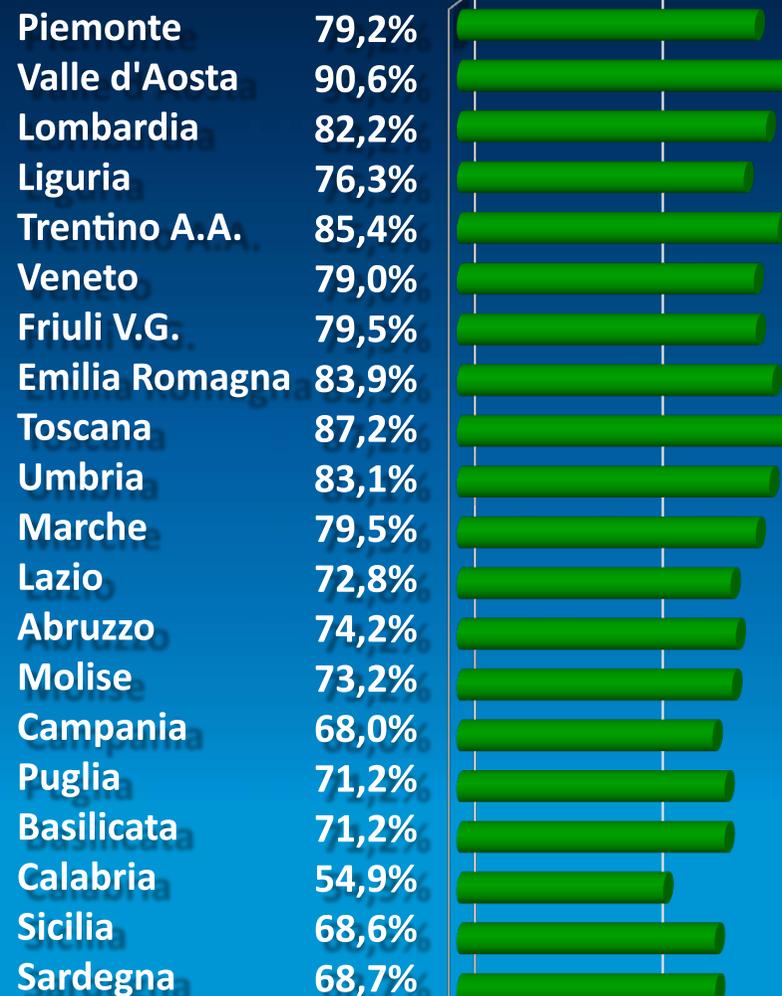
# QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE

## La soddisfazione del proprio tenore di vita

LEI È SODDISFATTO DEL SUO TENORE DI VITA ATTUALE?



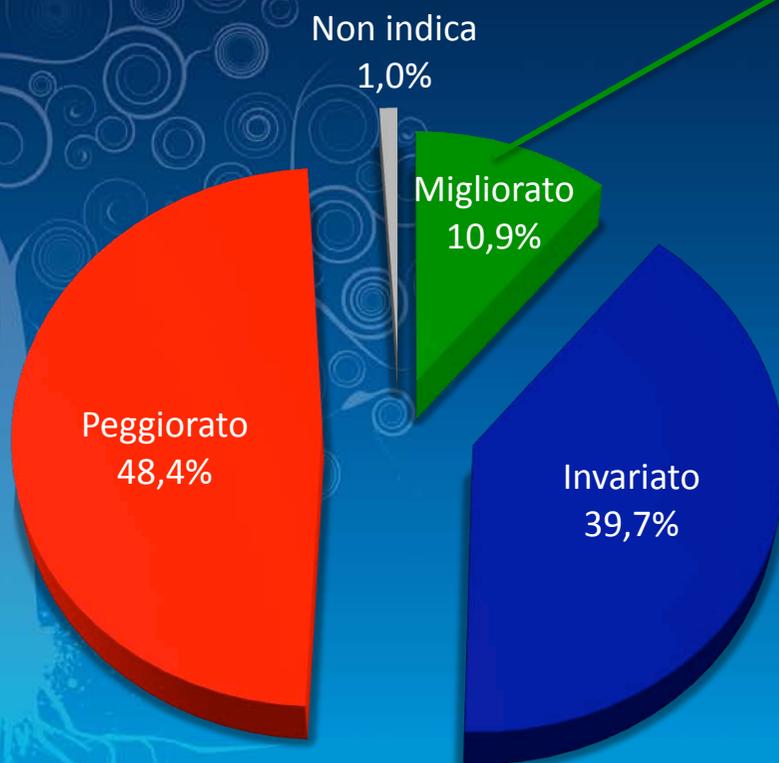
Percentuale di coloro che sono soddisfatti del proprio tenore di vita (per regione)



# QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE

## Il tenore di vita rispetto al passato

IL SUO TENORE DI VITA, IN QUESTI ULTIMI ANNI, È MIGLIORATO O PEGGIORATO?



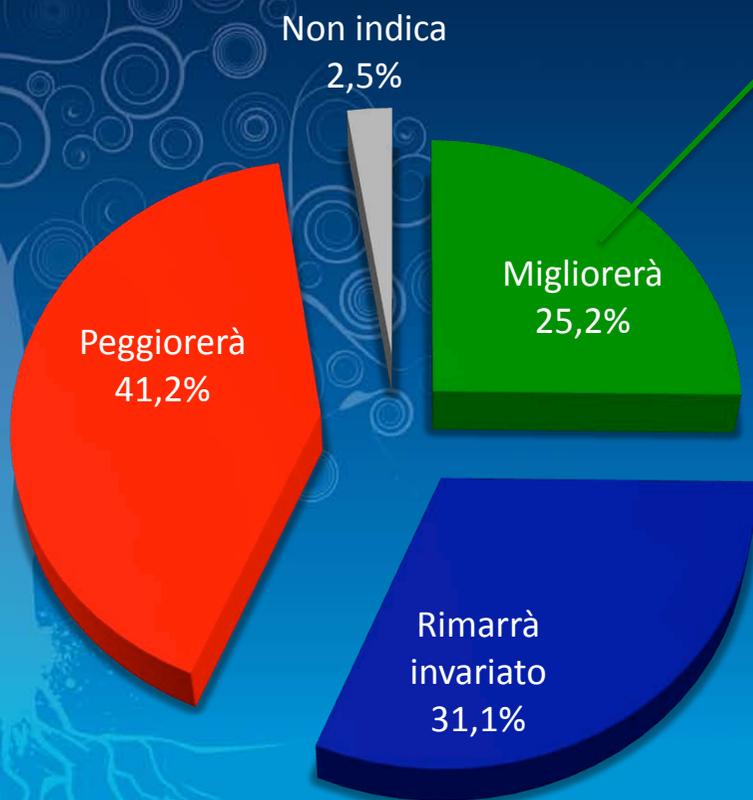
Percentuale di coloro che ritengono che rispetto al passato il proprio tenore di vita è migliorato (per regione)

Piemonte	10,4%
Valle d'Aosta	14,2%
Lombardia	10,9%
Liguria	8,8%
Trentino A.A.	14,4%
Veneto	11,5%
Friuli V.G.	12,4%
Emilia Romagna	11,0%
Toscana	9,6%
Umbria	10,9%
Marche	9,8%
Lazio	9,2%
Abruzzo	12,8%
Molise	12,7%
Campania	12,7%
Puglia	13,4%
Basilicata	13,0%
Calabria	9,9%
Sicilia	9,8%
Sardegna	15,4%

# QUALITA' DELLA VITA E DINAMICITA' SOCIALE

## Il tenore di vita nel prossimo futuro

DOVENDO FARE UNA PREVISIONE, NEI PROSSIMI ANNI, IL SUO TENORE DI VITA MIGLIORERÀ O PEGGIORERÀ?



Percentuale di coloro che ritengono che nei prossimi anni il proprio tenore di vita migliorerà (per regione)

Piemonte	21,1%	
Valle d'Aosta	20,4%	
Lombardia	23,2%	
Liguria	17,8%	
Trentino A.A.	27,6%	
Veneto	25,8%	
Friuli V.G.	20,5%	
Emilia Romagna	19,3%	
Toscana	22,4%	
Umbria	23,7%	
Marche	22,3%	
Lazio	27,7%	
Abruzzo	26,2%	
Molise	26,9%	
Campania	32,6%	
Puglia	24,0%	
Basilicata	31,7%	
Calabria	30,3%	
Sicilia	30,1%	
Sardegna	34,3%	



RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI  
**VOGLIA DI WELFARE**

## VOGLIA DI WELFARE



Forse il nostro modo di essere uomini è troppo antico per il mondo che abitiamo. Sicuramente siamo più liberi delle generazioni che ci hanno preceduto: abbiamo più campi di esplorazione, più possibilità, più scelte da poter compiere; non aderiamo più ad una traccia di vita già scritta, non siamo più incastrati in ruoli sociali predefiniti; viviamo, per la prima volta, l'esperienza di un'esistenza più lunga e piena, di distanze più brevi, di un tempo più veloce. Abitiamo un mondo in cui tutto, o quasi tutto, sembra possibile. Cosa ha cambiato così profondamente la nostra vita?

«Chi ci libererà dei Greci e dei Romani?» lamentavano tre secoli fa i letterati francesi impegnati nella disputa sugli antichi e sui moderni. La domanda soltanto ai nostri giorni ha avuto una esplicita risposta positiva, risposta che può essere riassunta in una sola parola: la tecnologia. Fin quando si viaggiava in diligenza e il cavallo non serviva soltanto per l'agriturismo e per le corse tris, il livello tecnico delle società europee non era molto diverso da quello di duemila anni prima. Pensieri e ragionamenti perciò si muovevano in un contesto materiale in cui la velocità media di spostamento, salvo rare eccezioni, non poteva superare i dieci chilometri l'ora»

La tecnologia: ossia quel sistema di "mezzi" che ha cambiato il nostro modo di intendere lo spazio e il tempo, che ci ha dato nuove misure e nuovi modelli con cui confrontarci, che ha permesso ai nostri pensieri di muoversi al di fuori degli ambiti geografici in cui erano confinati. Di conseguenza è cambiata anche la nostra percezione del mondo che non è più solo il prodotto di fattori oggettivi (razionali e quantitativamente misurabili) ma deriva anche da fattori soggettivi, legati tanto alla nostra cultura quanto ai "mondi" con i quali entriamo quotidianamente in contatto.

L'assuefazione con cui viviamo la nostra nuova esistenza tecnologica non rivela gli incroci con la dimensione interiore ancora fatta di scopi, di finalità generali, di bene e di male, di pensieri superiori. Perché in fondo siamo animali sognanti.



In questo senso il mondo tecnologicamente organizzato che abitiamo non ha dato risposte compiute, né poteva darle.

E non poteva essere diversamente perché la tecnologia, alle domande dell'uomo, non può dare risposte. Non perché la tecnologia non sia abbastanza evoluta, ma perché essa non ha un carattere antropologico, non è figlia dell'evoluzione, non nasce "sociologicamente" dall'uomo pur caratterizzandone l'esistenza. La tecnologia è prodotta nei "laboratori" per compensare i limiti dell'uomo: renderlo più veloce, più forte, più sicuro. E se l'uomo sopravvive alle sue debolezze è grazie ai sistemi, tecnicamente organizzati, che ritagliano un mondo per l'uomo all'interno della natura che lo circonda. E, infatti, oggi che la natura si è fatta vulnerabile di fronte al mondo tecnologico, ci stiamo accorgendo che il rapporto uomo-natura è rovesciato e non è più il mondo naturale che accoglie l'uomo, ma è nel mondo artificiale dell'uomo che la natura trova spazio.

Non possiamo evitare di abitare questo mondo, subirne i suoi condizionamenti. E poiché abitiamo un mondo, in ogni sua parte, tecnologicamente organizzato, ogni azione, persino ogni desiderio, ha bisogno della tecnologia per esprimersi. Nel mondo tecnologico i mezzi riproducono responsi funzionali, il "male" è "errore tecnico". Ma la tecnologia è solo un mezzo, non è come l'uomo, che ha veri "fini". La tecnologia ha solo "effetti". Per meglio dire gli "effetti" rappresentano i "fini" della tecnologia. Ecco perché non si è conclusa la ricerca di quell'orizzonte di senso iniziata con l'uomo pre-tecnologico: perché i fini della tecnologia non sono i fini dell'uomo. che si traducono nella ricerca infinita di un aumento dell'efficienza e del funzionamento tecnologico del sistema. Ma le sue dimensioni e il suo livello di astrazione sono tali che nessun uomo è in grado di comprenderli e governarli. L'universo dei mezzi è l'universo dell'"effetto" che diventa "fine", in un avvitanamento autoreferenziale, dove è sottinteso che si deve fare ciò che si può fare. Lo smarrimento del "fine" umanistico dissolve la storia nello scorrere insignificante del tempo.

Il vuoto che è dentro è un vuoto che nasce dalla consapevolezza della difficoltà di ricondurre le azioni ed i pensieri in un matrice di convergenze comuni agli altri uomini e alla società nel suo complesso.



L'uomo moderno ha abbandonato l'obbligo di aderire ad una traccia di vita già scritta, non è più incastrato in ruoli sociali predefiniti, è svincolato nei suoi orientamenti, ma è più confuso di fronte alle molteplici possibilità di scelta di un mondo che funziona ma non produce orientamenti negli effetti del suo funzionare. E nel tentativo di ri-definire i parametri cognitivi e simbolici del suo agire da individuo, naturalmente dotato di socialità, è posto di fronte all'inevitabile confronto con l'altro, che non è più solo il vicino ma, anche, il lontano ed il lontanissimo. Ed è questo il carattere sociologicamente più significativo della globalizzazione: è il rendere tecnologicamente "vicini" luoghi e situazioni tra loro "lontane". Ed il fatto che fenomeni tanto lontani si avvicinino sempre più, potendo irrompere nella dimensione quotidiana, ha prodotto, come conseguenza, uno stato di "disorientamento" dovuto alla sensazione di non comprendere gli orizzonti ampissimi che si aprono, orizzonti privi, però, di un senso sociale.

Lo scenario della globalizzazione L'io-globale, infatti, non è solo quello della congiunzione tra il vicino e il lontano ma anche tra l'interiore e l'esteriore, tra il "fine" dell'uomo e il "fine" del mondo tecnologicamente organizzato nel quale vive. E questo annegare dell'uomo contemporaneo in un mare di esperienze da ridefinire fa vivere un'esistenza del tutto nuova rispetto al passato. Paradossalmente, infatti, il dissolvimento dei vecchi confini ha prodotto il suo opposto: ha fatto maturare nell'uomo il desiderio di tracciarne di nuovi attraverso un processo di rivendicazione di uno spazio di manovra direttamente percepibile. Il tentativo di riduzione sul piano locale delle dimensioni vitali diventa, cioè, manifestazione del desiderio di riappropriarsi del proprio spazio, del proprio tempo e della propria storia. In questo fluire di esperienze l'uomo non è solo il punto di partenza del processo globalizzante; è, allo stesso tempo, il suo punto di ritorno. E questo è l'effetto duplice della globalizzazione: ampiezza di movimento e riduzione dei confini dell'esperienza diretta.

Il territorio non è solo un luogo fisicamente visibile: è (anche) una dimensione "culturalmente" percettibile. E' un ambito in cui le speranze, le certezze, le paure, sono condivise perché è l'insieme di conoscenze, esperienze, direttrici, che restituiscono, tutte insieme, il senso dell'identità sociale: cioè un comune sentire, capire, interpretare, guardare, desiderare.



Ed è questa dimensione percettiva che rende riconoscibili gli individui. L'uomo non ha, quindi, smarrito la sua natura sociale. Al contrario: è alla ricerca di una nuova dimensione della socialità che si declina sempre più con il territorio.

Ed in questo senso stiamo assistendo al passaggio dalla polis alle community. Se le polis, infatti, hanno rappresentato per millenni comunità di individui territorialmente e politicamente determinate, le community sono comunità socialmente determinate, che condividono obiettivi e bisogni.

La partecipazione e la condivisione di valori comuni e reciproche convenienze, insieme ad una nuova "prossimità", racconta di un mondo che ha cambiato il suo modo di stare insieme, ha ridisegnato gli spazi comuni, ha ridefinito il fine generale ed ha inventato tante "costituzioni informali" definite su modelli di adesione e compartecipazione in continua trasformazione.

Il Comune è in testa nella fiducia espressa ai diversi livelli istituzionali ed all'interno di ciascuna variabile esaminata (sesso, età, area geografica) la graduatoria dei giudizi positivi non cambia e l'analisi dei dati, ha messo in evidenza significative caratterizzazioni di tipo sociale che riguardano strettamente il rapporto tra cittadini e territorio.

Ciò significa che a livello locale, come abbiamo d'altronde visto in tutti i dati illustrati finora, si gioca la partita della coesione sociale perché è sul territorio che identità, visioni, prospettive, aspettative sono condivise e messe in gioco in una dimensione collettiva. Nel sistema locale, in particolare modo su Regione e Comune, si indirizza la spinta dei cittadini al decentramento funzionale.

Accanto allo studio del rapporto tra cittadini ed istituzioni, è necessario allargare il campo di osservazione alle forme attraverso cui la società esprime funzioni dirette ed assume forme organizzative volte ad aggregare i cittadini rispetto a comuni obiettivi sociali.

Se il locale rappresenta la dimensione vitale della socialità larga e globalizzata, lo Stato sembra non essere capace di adeguarsi a questa duplicità dell'agire.



E', invece, ripartendo "dal basso" che le comunità stanno ridisegnando la propria identità attraverso nuove forme, perché nella dimensione minore è più semplice individuare e catalogare, interessi, bisogni, aspettative, timori. Il problema, però, non è la dimensione in quanto tale ma la capacità di riuscire a dare rappresentanza ai diversi interessi, indirizzandoli verso obiettivi comuni. La riduzione della dimensione dell'agire è il tentativo di ridurre la complessità, è la conseguenza dell'evidente difficoltà di dare risposte semplici alle istanze delle società complesse. E' un processo che si sviluppa in modo difforme e in cui la chiave appare, ancora una volta, declinarsi alla condizione sociale determinata dallo status.

La società moderna (o post-moderna) è più incline all'espulsione che alla partecipazione ed allontanandosi dalla dimensione locale occorrono strumenti più sofisticati per orientare le coordinate sociali.

Il Comune è in testa nella fiducia espressa ai diversi livelli istituzionali, mentre più lontano è lo Stato perché è nella dimensione locale che la rappresentanza degli interessi trova ancora un senso condiviso. E' per questa ragione che ancora più alto e generalizzato è il consenso riservato dagli intervistati alle organizzazioni non-profit e alle associazioni di volontariato.

Perché il "territorio" è dimensione "reale" e "vitale" dell'essere individui all'interno di una comunità (di individui) che muovono, scelgono, agiscono, in funzione di sé e degli altri. Ed ecco, allora, la fiducia espressa nei confronti del volontariato in quanto espressione diretta, non più mediata, di un senso politico dell'agire. Ecco, allora, la fiducia nel Comune in quanto istituzione a portata di orizzonte.

*Non "meno welfare" ma "più welfare". Nel senso più profondo, "reale" e "vitale".*

Un welfare nuovo, non più dimensionato su un livello astratto ma concreto, visibile e funzionale. *Non è meno welfare ma è più welfare* se la sanità deve essere pubblica e se è meglio pagare più tasse ed avere più servizi.



In complesso il 62,9% degli intervistati ha dichiarato che è meglio pagare più tasse ed avere più servizi mentre solo il 20,8% ha dichiarato che è meglio pagare meno tasse anche se questo comporta una riduzione dei servizi. La percentuale di quanti hanno dichiarato che è meglio pagare più tasse ed avere più servizi è più alta della media tra gli uomini (67,7%), nella fascia d'età 35-54 anni (65,6%), è più alta tra i laureati (75,5%) mentre è più bassa tra chi ha un basso livello di scolarizzazione (45,3%).

Percentuali di quanti hanno dichiarato che è meglio pagare più tasse ed avere più servizi sono superiori alla media nel nord est (64%), nel centro Italia (64,6%), tra coloro che vivono nei centri tra 100.000 e 250.000 (67,6%), e nei centri con più di 250.000 abitanti (65,5%).

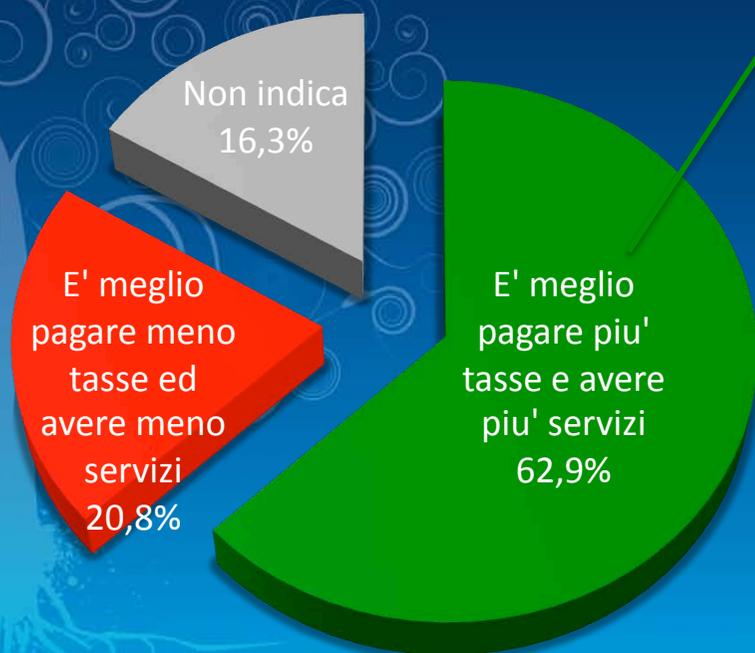
A livello di singola Regione, quote significativamente più alte della media di preferirebbero pagare più tasse ed avere più servizi, sono state espresse in Valle d'Aosta, in Veneto, in Sardegna, mentre agli ultimi posti risultano il Friuli Venezia Giulia, il Molise e la Puglia.

Ancora più evidente la voglia di welfare e di pubblico quando si parla di sanità: l'81,2% degli intervistati ha dichiarato di preferire il modello pubblico del servizio sanitario e che quest'ultimo deve essere gestito dalle Regioni mentre solo l'8% ha dichiarato di preferire un modello privato di servizio sanitario e che alle Regioni deve essere riservata solo l'attività di controllo e programmazione.

# VOGLIA DI WELFARE

## Leve fiscali e servizi pubblici

QUALE FRASE CORRISPONDE MAGGIORMENTE  
AL SUO MODO DI PENSARE?



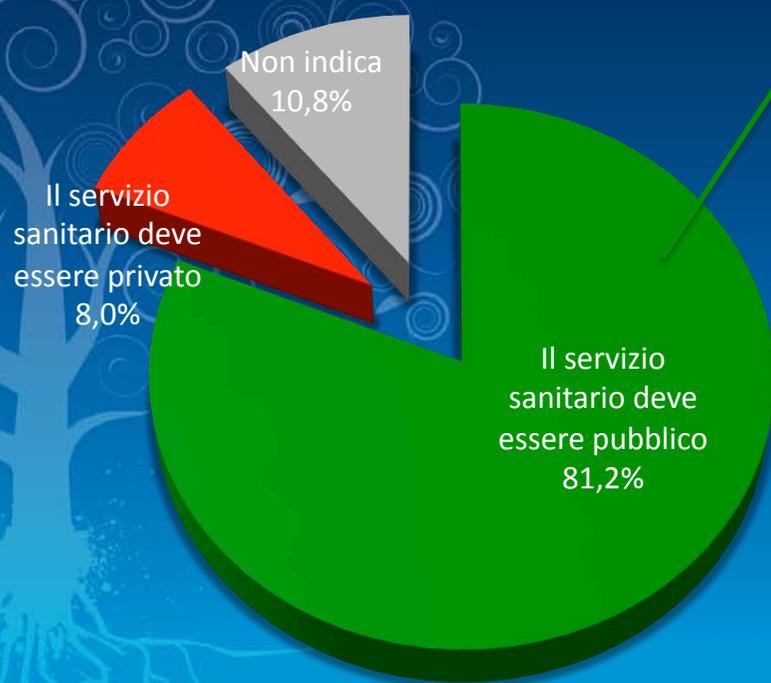
Percentuale di coloro che dichiarano che è meglio pagare più tasse ed avere più servizi (per regione)

Piemonte	62,8%	
Valle d'Aosta	67,6%	
Lombardia	61,7%	
Liguria	63,3%	
Trentino A.A.	65,2%	
Veneto	66,8%	
Friuli V.G.	60,3%	
Emilia Romagna	61,4%	
Toscana	62,6%	
Umbria	65,1%	
Marche	65,7%	
Lazio	65,5%	
Abruzzo	61,4%	
Molise	59,8%	
Campania	62,8%	
Puglia	57,3%	
Basilicata	62,8%	
Calabria	63,7%	
Sicilia	62,3%	
Sardegna	69,5%	

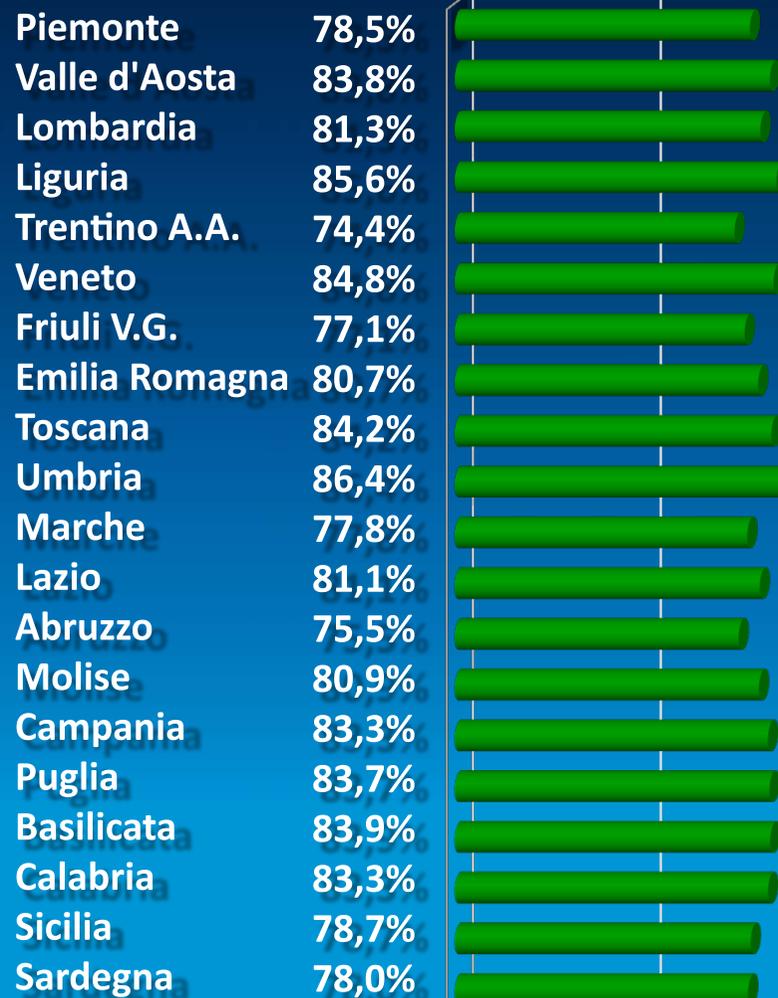
# VOGLIA DI WELFARE

## Il modello del sistema sanitario

QUALE FRASE CORRISPONDE MAGGIORMENTE  
AL SUO MODO DI PENSARE?



Percentuale di coloro che ritengono che la sanità deve essere pubblica e gestita dalle Regionali (per regione)



# VOGLIA DI WELFARE

## Il modello del sistema scolastico

QUALE FRASE CORRISPONDE MAGGIORMENTE  
AL SUO MODO DI PENSARE?

Bisogna  
destinare più  
risorse per la  
scuola privata  
5,9%

Non indica  
6,4%

Bisogna  
destinare più  
risorse per la  
scuola pubblica  
87,7%

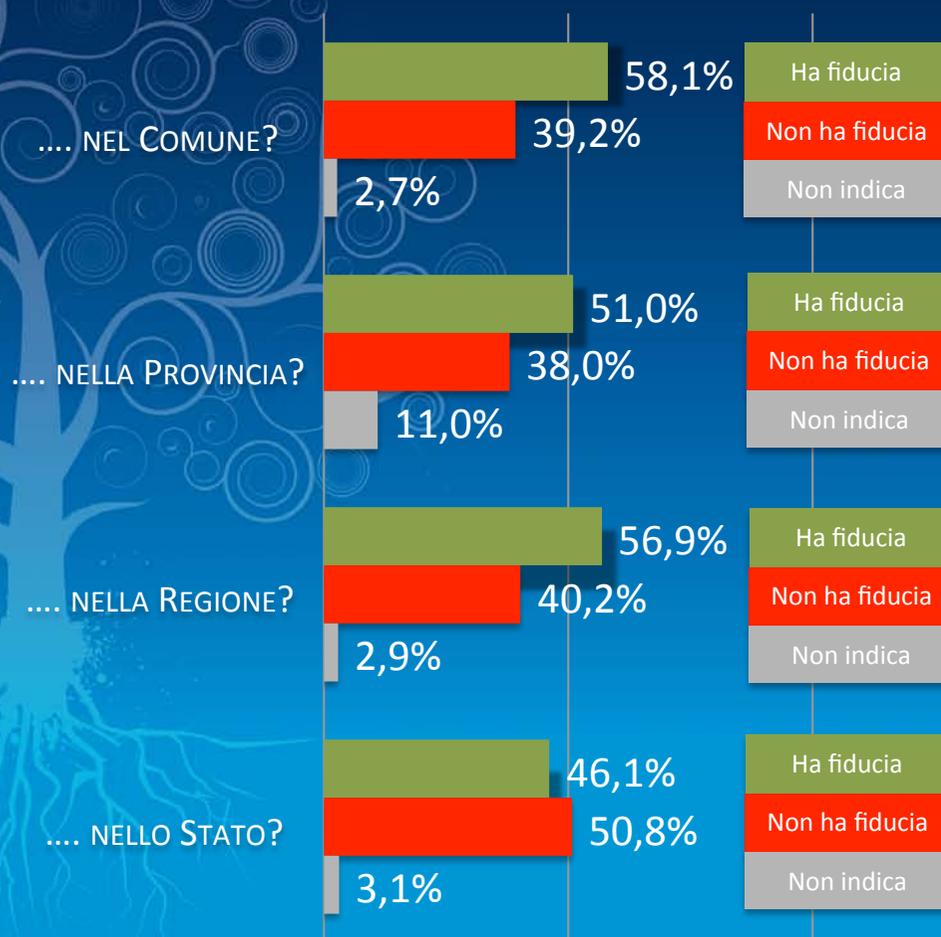
Percentuale di coloro che ritengono che bisogna destinare più risorse per la scuola pubblica (per regione)

Piemonte	81,8%	
Valle d'Aosta	88,2%	
Lombardia	87,1%	
Liguria	84,2%	
Trentino A.A.	87,8%	
Veneto	88,2%	
Friuli V.G.	85,3%	
Emilia Romagna	81,0%	
Toscana	87,3%	
Umbria	89,1%	
Marche	89,7%	
Lazio	89,7%	
Abruzzo	87,0%	
Molise	90,9%	
Campania	89,7%	
Puglia	87,2%	
Basilicata	90,9%	
Calabria	90,6%	
Sicilia	92,3%	
Sardegna	90,0%	

# VOGLIA DI WELFARE

## Prossimità dei livelli istituzionali

LEI PERSONALMENTE  
HA FIDUCIA ...



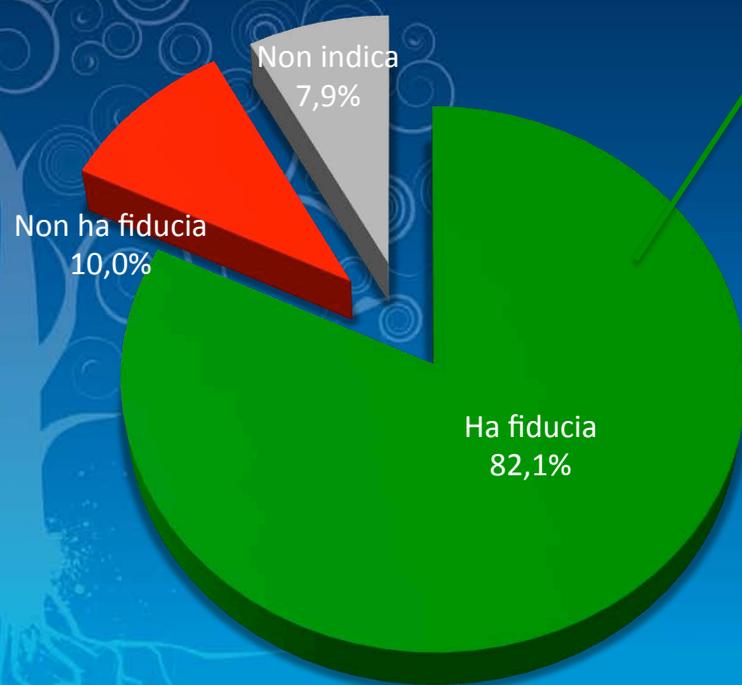
Percentuale di quanti dichiarano di avere fiducia ...

	... nel Comune	... nella Provincia	... nella Regione	... nello Stato
Piemonte	66,5%	67,6%	77,1%	44,8%
Valle d'Aosta	78,5%	-	81,8%	47,7%
Lombardia	70,2%	55,3%	64,8%	48,1%
Liguria	66,7%	60,8%	65,3%	49,6%
Trentino A.A.	83,5%	85,9%	79,6%	39,8%
Veneto	68,6%	49,5%	56,8%	50,6%
Friuli V.G.	65,9%	60,8%	64,4%	44,2%
Emilia Romagna	69,1%	64,5%	76,0%	46,0%
Toscana	64,4%	55,9%	61,8%	38,9%
Umbria	71,0%	59,2%	66,3%	46,5%
Marche	55,7%	47,8%	53,8%	38,9%
Lazio	56,3%	45,9%	56,9%	49,6%
Abruzzo	56,4%	51,3%	59,6%	47,6%
Molise	50,7%	36,6%	34,0%	54,9%
Campania	40,5%	34,1%	40,2%	44,9%
Puglia	42,3%	41,2%	45,1%	47,5%
Basilicata	51,9%	47,7%	57,7%	51,0%
Calabria	41,0%	37,8%	37,6%	45,6%
Sicilia	37,2%	41,4%	37,2%	44,9%
Sardegna	41,5%	38,0%	41,9%	44,6%

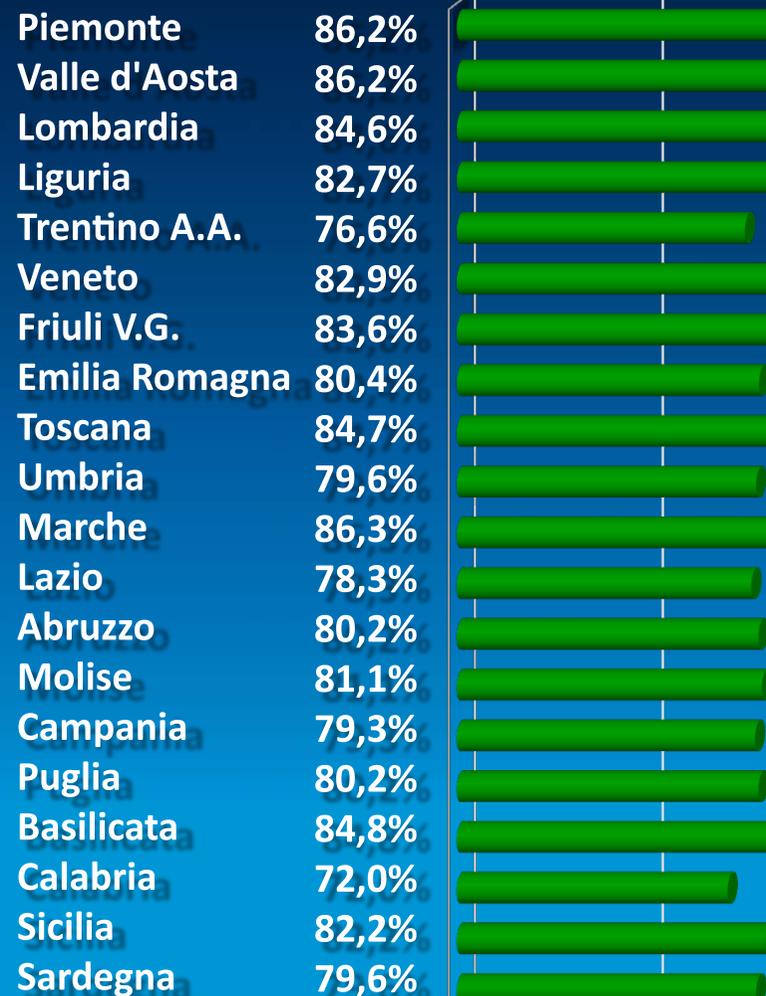
# VOGLIA DI WELFARE

## *Fiducia nel volontariato*

LEI HA FIDUCIA NELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO  
E NEL NON-PROFIT?



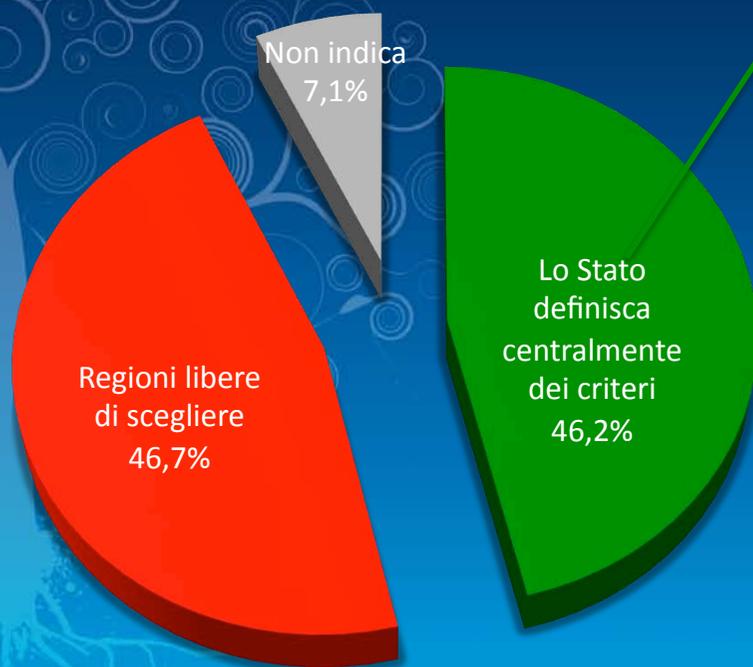
Percentuale di coloro hanno fiducia nel volontariato (per regione)



# VOGLIA DI WELFARE

## Mondello centrale e modello federale

COME DOVREBBERO ESSERE GESTITE LE MATERIE CHE RIGUARDANO LO STATO SOCIALE?



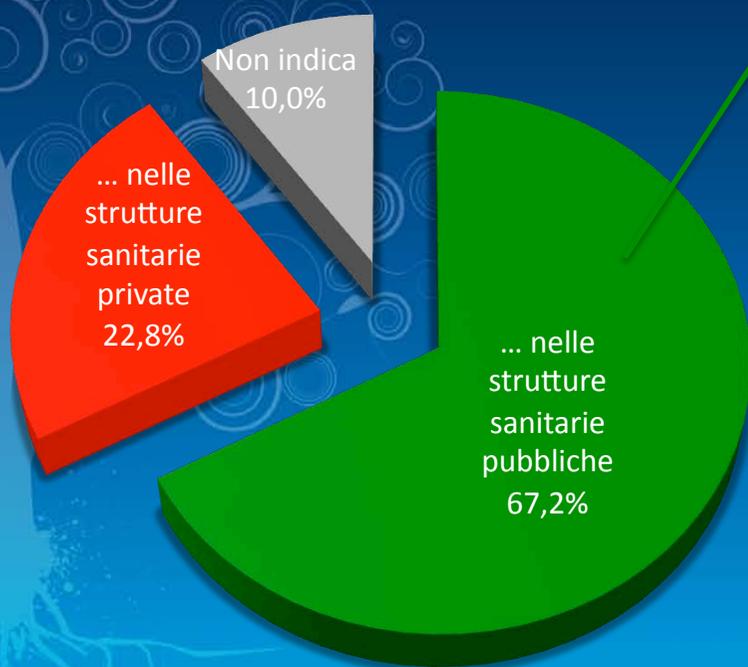
Percentuale di coloro che ritengono....

	...che lo Stato deve definire dei criteri	... che le Regioni devono essere libere di scegliere.
Piemonte	42,0%	52,0%
Valle d'Aosta	30,0%	63,9%
Lombardia	42,0%	55,0%
Liguria	42,0%	52,0%
Trentino A.A.	20,3%	75,6%
Veneto	34,1%	58,7%
Friuli V.G.	32,8%	59,1%
Emilia Romagna	46,0%	49,0%
Toscana	43,0%	49,0%
Umbria	52,0%	42,0%
Marche	43,9%	46,1%
Lazio	50,0%	42,0%
Abruzzo	48,3%	37,6%
Molise	62,8%	27,4%
Campania	56,4%	34,8%
Puglia	60,9%	32,2%
Basilicata	51,9%	38,1%
Calabria	57,4%	33,8%
Sicilia	51,5%	40,5%
Sardegna	38,9%	52,1%

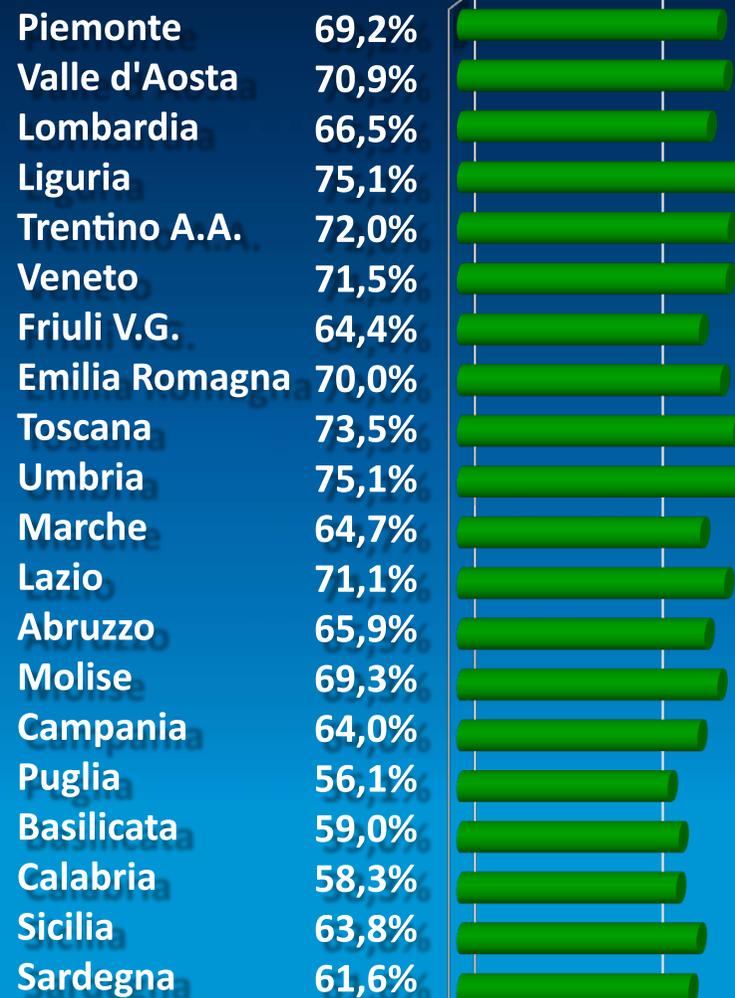
# VOGLIA DI WELFARE

## La fiducia nel pubblico

LEI HA PIÙ FIDUCIA....



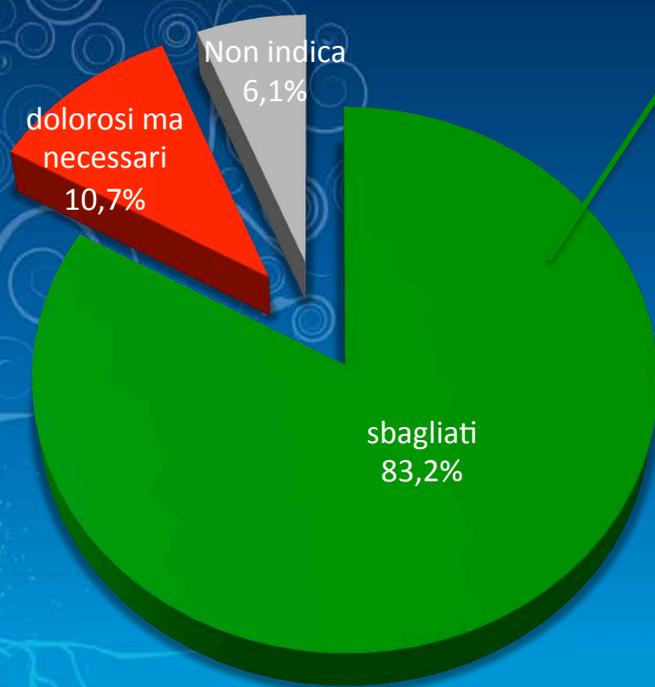
Percentuale di coloro che hanno fiducia nelle strutture sanitarie pubbliche (per regione)



# VOGLIA DI WELFARE

## Il favore verso le politiche sociali

QUAL E' IL SUO PARERE RISPETTO AD EVENTUALI TAGLI ALLE RISORSE ECONOMICHE DESTINATE ALLE POLITICHE SOCIALI?



Percentuale di coloro che ritengono sbagliato ridurre le risorse economiche per le politiche sociali (per regione)

Piemonte	82,6%	
Valle d'Aosta	85,3%	
Lombardia	83,9%	
Liguria	85,1%	
Trentino A.A.	80,1%	
Veneto	84,7%	
Friuli V.G.	81,3%	
Emilia Romagna	82,4%	
Toscana	86,9%	
Umbria	84,9%	
Marche	81,7%	
Lazio	84,9%	
Abruzzo	81,3%	
Molise	83,2%	
Campania	80,7%	
Puglia	81,5%	
Basilicata	79,5%	
Calabria	77,1%	
Sicilia	83,2%	
Sardegna	79,8%	

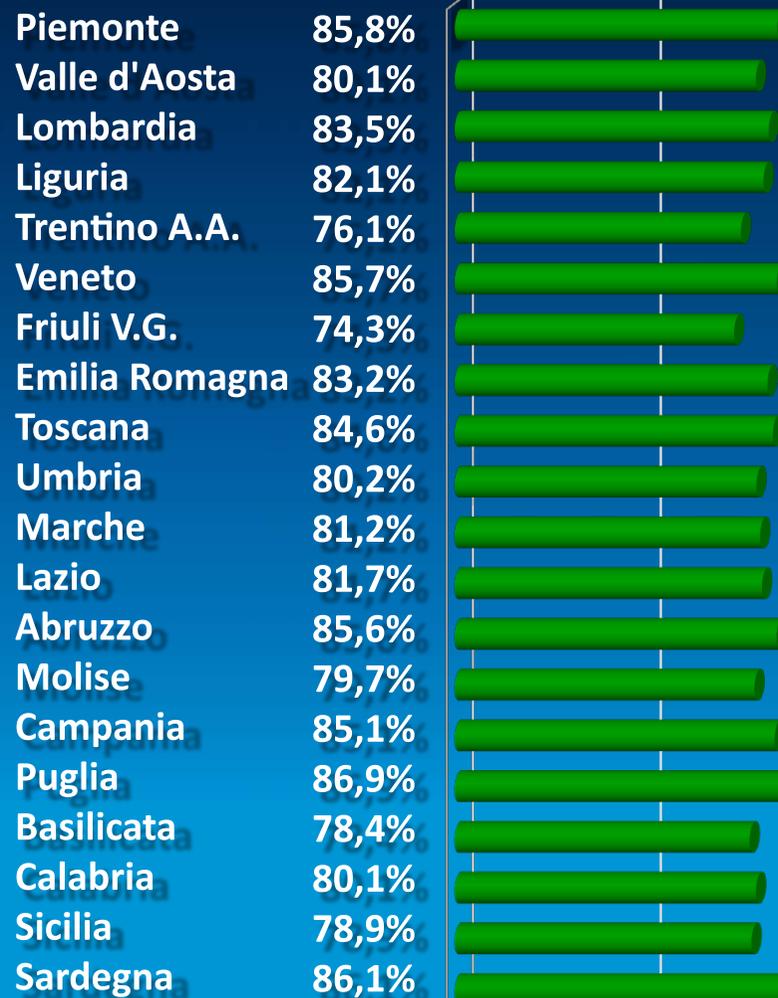
# VOGLIA DI WELFARE

## L'integrazione sociosanitaria

CONSIDERA I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI....



Percentuale di coloro che ritengono i servizi socio-assistenziali parte integrante del sistema della salute (per regione)





RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI  
**I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO**

## I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIO SANITARIO

Obiettivo di questa parte della ricerca è stato rilevare le valutazioni dei cittadini in merito alle prestazioni socio sanitarie, alla qualità dell'offerta e agli strumenti di coinvolgimento e di relazione attivati.

La tutela degli individui più deboli ed esposti, rappresenta la condizione fondamentale all'affermazione di politiche sociali capaci di sviluppare condizioni di benessere generalizzato dei cittadini e di creare un sistema di protezione sociale attiva. In tal senso i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari costituiscono da sempre i principali obiettivi del welfare che oggi, alla luce dei mutamenti della struttura sociale e dei rischi ad essi connessi, deve fronteggiare nuovi problemi e garantire nuovi equilibri. E se questo ha trovato un riscontro nella percezione che i cittadini hanno del welfare, i dati raccolti in questa parte della ricerca lo spiegano e lo confermano ulteriormente.

Il 63,1% degli intervistati, infatti, esprime un giudizio positivo sul sistema socio-assistenziale del proprio territorio ed il 65,1% valuta positivamente quello sanitario. La quota di quanti esprimono un giudizio positivo si abbassa però in modo consistente quando si chiede se l'offerta socio sanitaria risponde alle esigenze dei cittadini (i soddisfatti sui servizi sociali scendono al 51,4% e quelli sulla sanità al 53,4%), segno evidente che c'è uno scarto tra ciò che il modello rappresenta a livello teorico e la qualità effettiva dei servizi che rimane comunque buona per la maggioranza degli intervistati.

Per quanto riguarda l'area del socio-assistenziale, esprimono un giudizio positivo sugli aiuti e i supporti per i non-autosufficienti il 52,7% degli intervistati.

Le percentuali dei voti positivi variano significativamente in relazione all'età passando dal 61% dei giovani al 48,5% espresso dalla popolazione più adulta. L'analisi della variabile relativa al titolo di studio evidenzia un decrescere del voto medio nei livelli alti di scolarizzazione.





Rispetto all'area geografica di residenza risulta che nel Sud e nelle Isole sono state espresse le percentuali più basse di voti positivi. Tra le Regioni, le percentuali più basse sono state registrate in Campania e in Molise. Infine, la variabile relativa all'ampiezza demografica dei comuni ha evidenziato che la soddisfazione rispetto ai servizi per i non-autosufficienti è più alta della media nei piccoli centri e in quelli tra 100.000 e 250.000 abitanti, mentre scende nelle grandi città.

La maggioranza degli intervistati esprime un giudizio positivo anche sui servizi dedicati ai disabili. Sono, soprattutto, gli uomini ad esprimere una valutazione complessivamente positiva e più i giovani. Fortemente discriminante appare il titolo di studio: più la scolarizzazione è elevata più i giudizi negativi aumentano.

Percentuali di voti positivi significativamente superiori alla media sono state registrate solo nel Nord Est, mentre i giudizi negativi hanno interessato soprattutto l'area del Sud (la Campania in testa) e le Isole.

La maggioranza degli intervistati (55%) esprime un giudizio positivo anche per ciò che riguarda l'assistenza agli anziani. Per quanto concerne la variabile di genere le donne hanno espresso una maggiore soddisfazione rispetto agli uomini.

La percentuale dei voti positivi è più alta anche nella fascia dei giovani (58,3%), mentre diminuisce all'aumentare dell'età (53,4% tra gli intervistati oltre 54 anni). Sul tema risulta evidente la relazione tra fruizione e capacità di esprimere una valutazione. Infatti, tra i giovani la percentuale di mancate risposte è risultata molto più alta della fascia relativa agli over 54 anni.

La variabile del titolo di studio, evidenzia che il voto medio è più alto tra chi ha un titolo di studio basso mentre tende ad alzarsi in relazione al crescere della scolarizzazione.

La Valle d'Aosta, il Trentino A.A. e l'Emilia Romagna risultano le regioni con le percentuali di giudizi positivi più alte. La Calabria, la Campania e il Lazio, sono, invece, le regioni con la più alta percentuale di voti negativi.



Valutazioni positive sono state espresse soprattutto da chi risiede nei piccoli centri, mentre i grandi centri urbani fanno registrare percentuali più basse di giudizi positivi.

Il 58,7% ha espresso un voto positivo in merito al servizio di assistenza ai malati cronici e terminali. Le valutazioni positive sono state espresse più dagli uomini (+2% rispetto alle donne), più dai giovani (+9% rispetto alla popolazione adulta) e più da chi è in possesso di un titolo di studio alto.

La variabile geografica non indica sostanziali differenze rispetto alle tematiche precedenti: il Nord Est spicca per la percentuale di voti positivi più alta, mentre Sud e Isole per quella dei voti negativi.

La regione con il più alto livello di voti positivi è ancora la Valle d'Aosta, seguita dal Trentino A.A. e dall'Emilia Romagna, mentre la Calabria si conferma in fondo alla classifica con una percentuale di voti negativi, seguita dalla Sicilia e dalla Campania (43%). Nord Est, quindi, ancora nell'eccellenza. Tra le regioni del centro Italia decisamente negativo il risultato del Lazio, mentre al Sud e nelle Isole fa registrare risultati in linea con la media nazionale l'Abruzzo e la Sardegna.

Per quanto riguarda l'area della sanità, come anticipato complessivamente l'offerta di servizi fa registrare risultati positivi (65,1%) anche se lo scarto rispetto alla capacità di corrispondere ai bisogni della popolazione è elevato (53,4% i soddisfatti).

Considerando la media dei risultati ottenuti da ciascuna regione emerge che anche in tema di sanità, è il Nord a primeggiare, ed, in particolare il Nord Est. Segue il Centro, dove, i valori si attestano su livelli elevati con l'unica eccezione del Lazio che occupa le ultime posizioni su scala nazionale.

Il Trentino Alto Adige guida la classifica dei territori virtuosi, seguito dalla Valle d'Aosta, dall'Emilia Romagna e dall'Umbria. Al quinto posto, si colloca il Friuli Venezia Giulia. Seguono: il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Abruzzo, la Liguria, le Marche e la Toscana. Con l'unica eccezione dell'Abruzzo, dunque, l'area geografica del Sud e delle Isole si caratterizza per un diffuso livello di insoddisfazione.



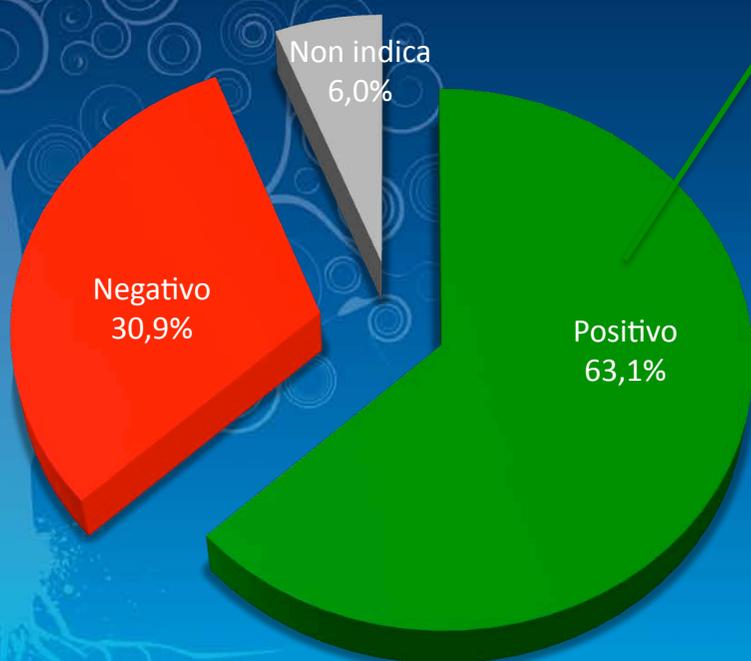
Tra gli asset positivi della sanità ci sono la professionalità dei medici (82,5% i giudizi positivi) e quella degli infermieri e del personale paramedico (79,2%), il servizio di pronto soccorso e di primo intervento (62,2%), la cortesia e la disponibilità degli operatori, l'igiene e l'accoglienza dei presidi sanitari (68,6%).

Bocciati invece i tempi di attesa per le visite specialistiche (34% i giudizi positivi), per la diagnostica e per le analisi cliniche (42%), per i ricoveri (40,8%) e l'assistenza medica e paramedica domiciliare (44,7%).

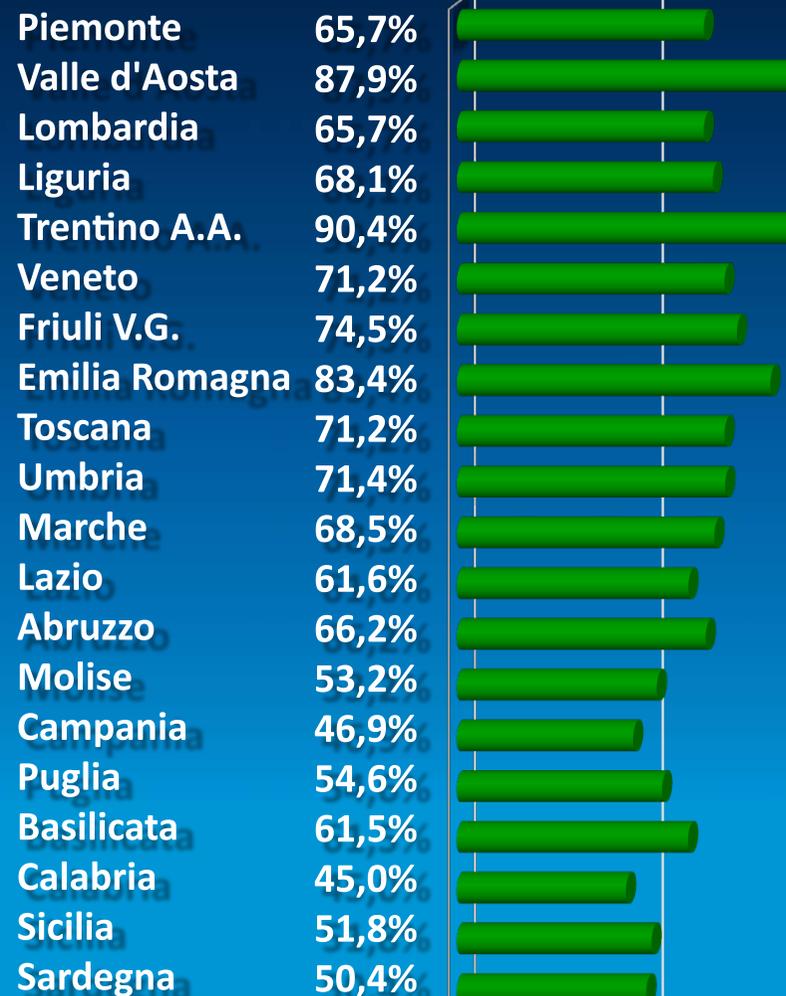
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione complessiva del sistema socio-assistenziale

NEL COMPLESSO QUAL È IL SUO GIUDIZIO  
SUL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE?



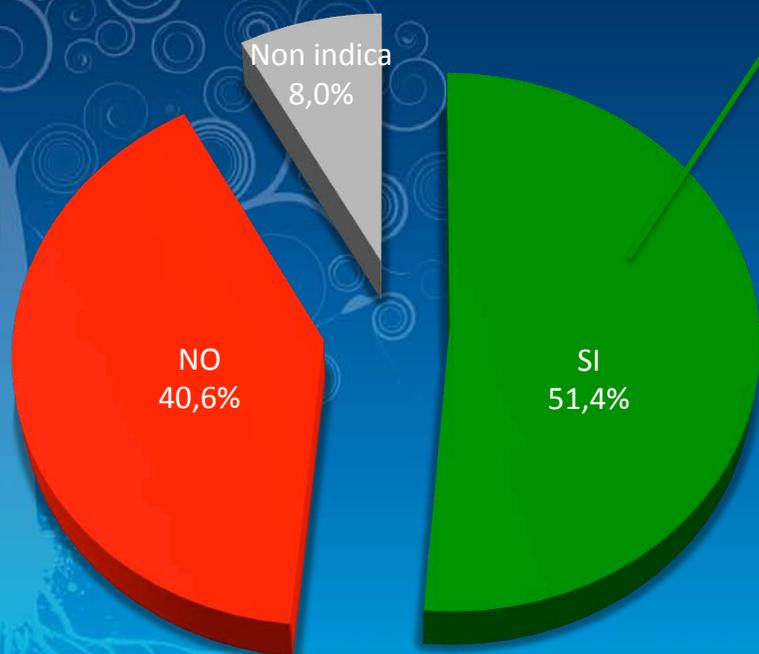
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



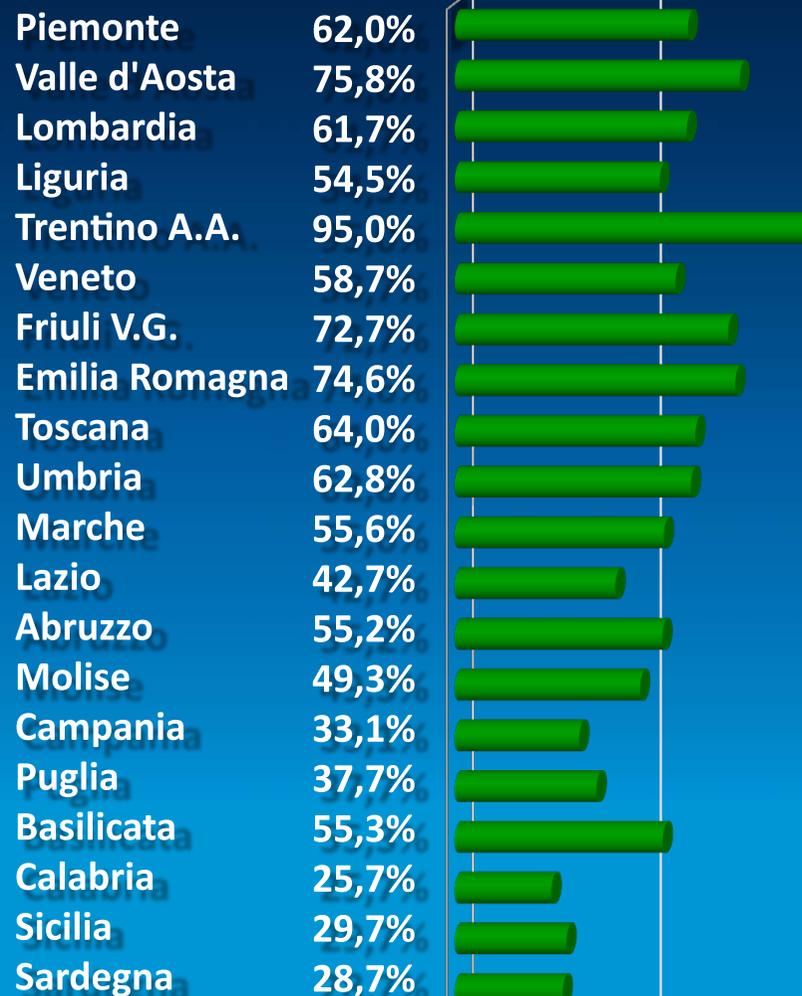
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione complessiva del sistema socio-assistenziale

SECONDO LEI IL SISTEMA SOCIO-ASSISTENZIALE  
RISPONDE ALLE ESIGENZE DEI CITTADINI?



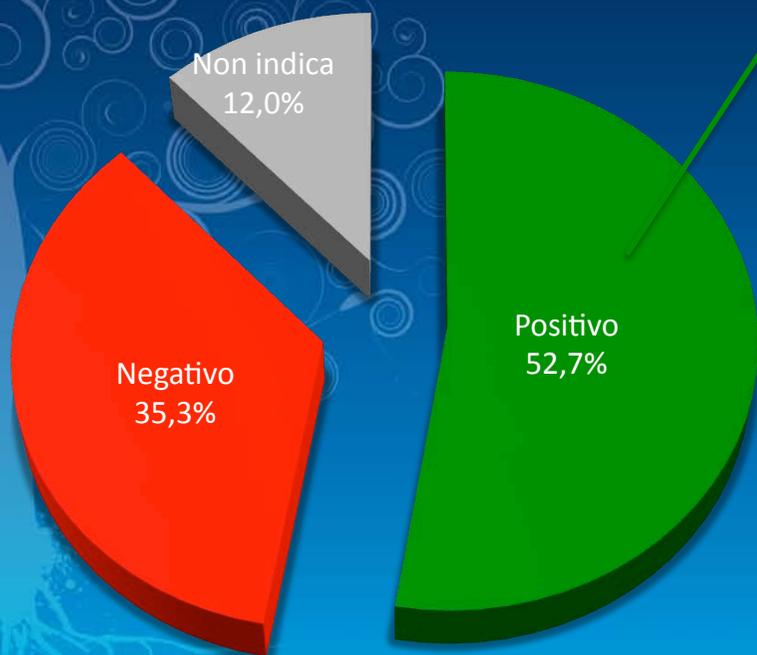
Percentuale di coloro che dichiarano che il sistema socio-assistenziale corrisponde alle esigenze dei cittadini (per regione)



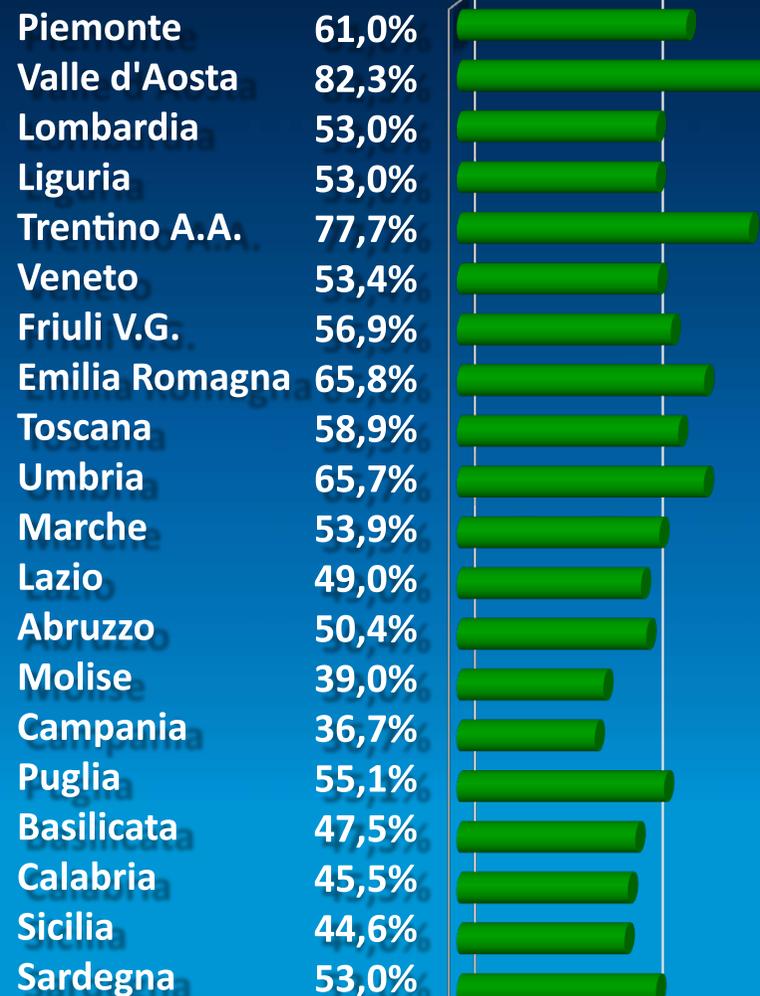
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione dei servizi per i non-autosufficienti

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO AGLI AIUTI E AI SUPPORTI PER I NON-AUTOSUFFICIENTI?



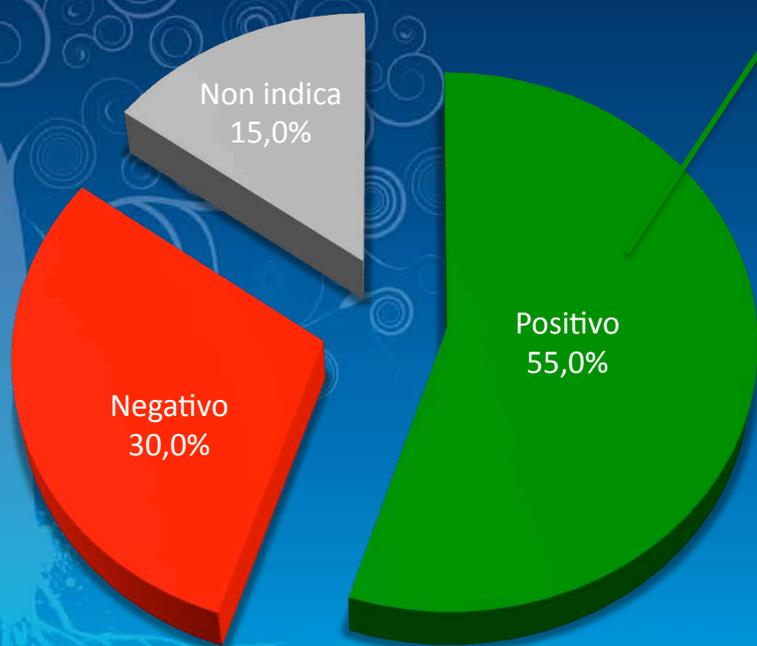
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



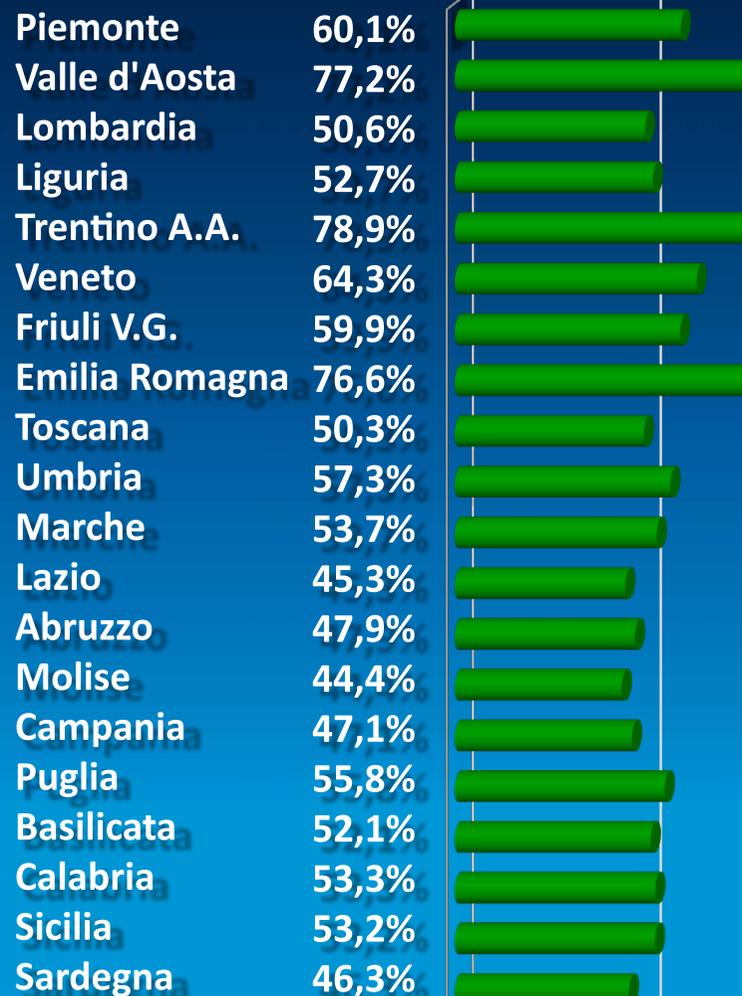
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione dei servizi per i disabili fisici e mentali

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO AGLI AIUTI E AI SUPPORTI AI PORTATORI DI DISABILITÀ FISICHE O MENTALI?



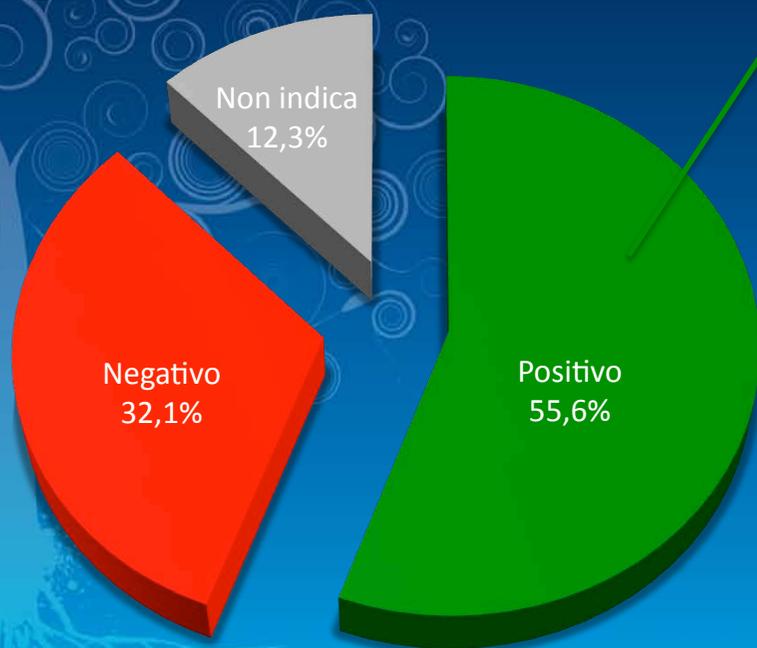
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



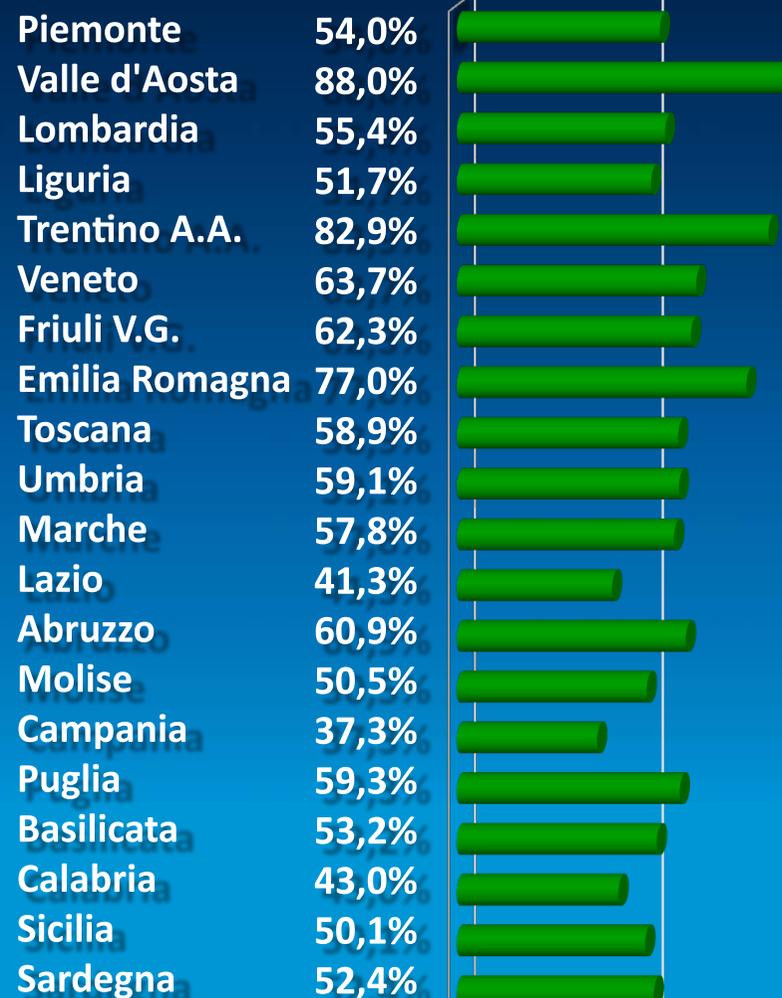
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione dei servizi per gli anziani

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO ALL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI?



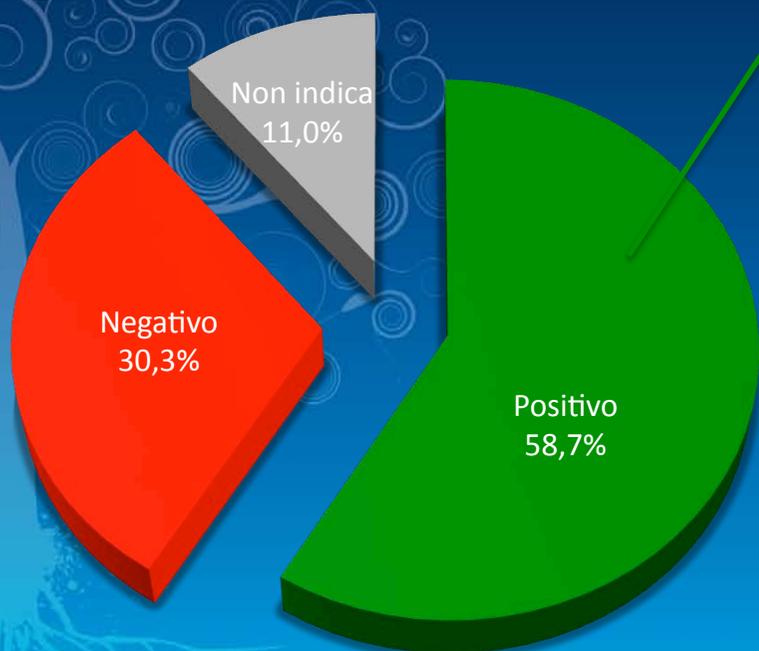
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



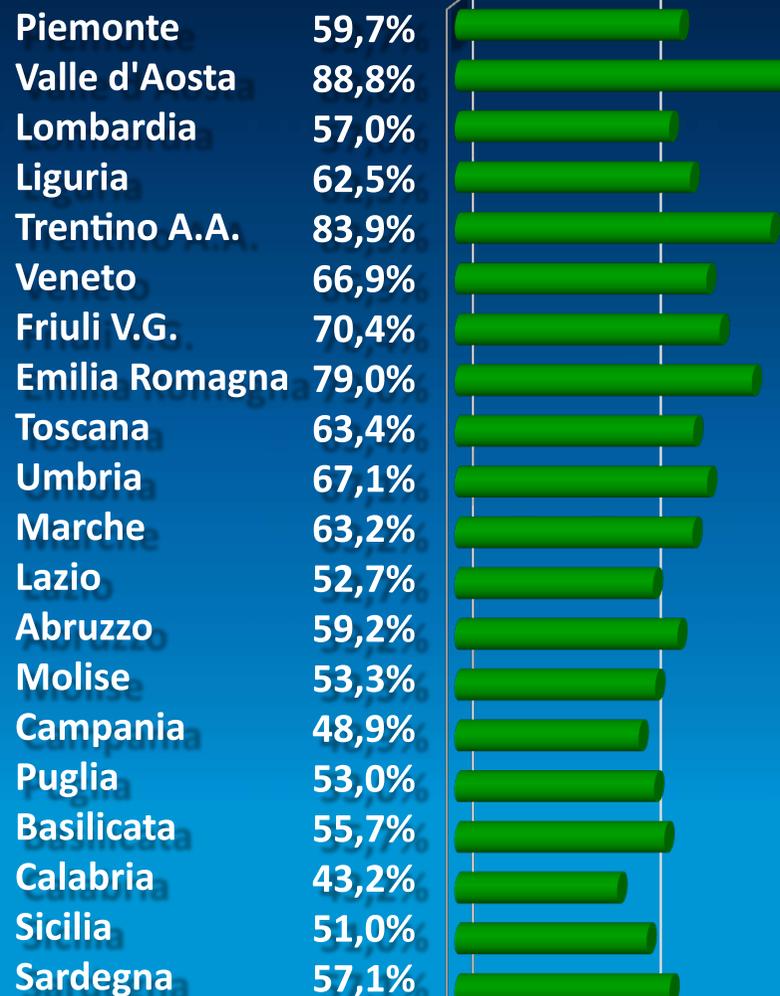
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area del sociale: valutazione dei servizi per i malati terminali

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO AI SERVIZI  
DOMICILIARI DEDICATI AI MALATI CRONICI E TERMINALI?



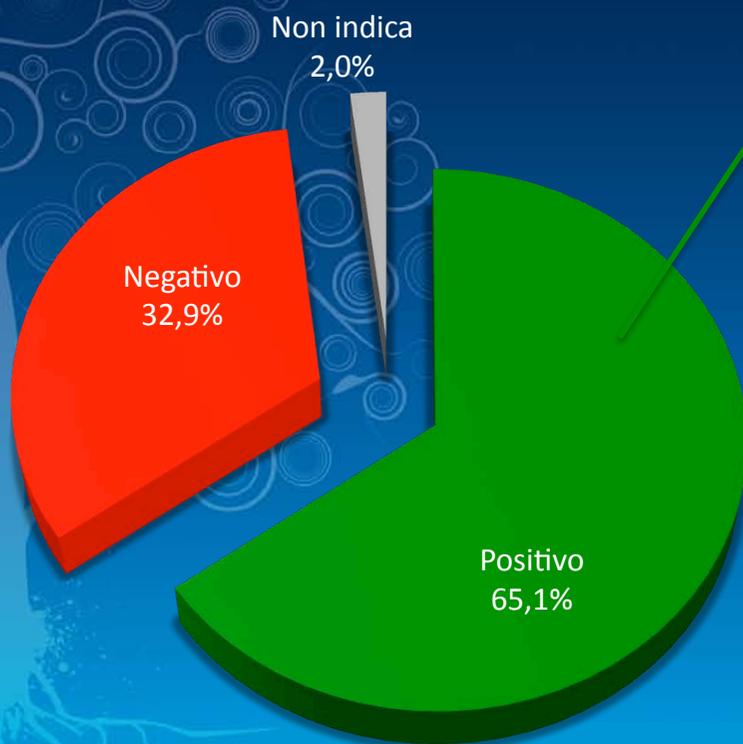
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



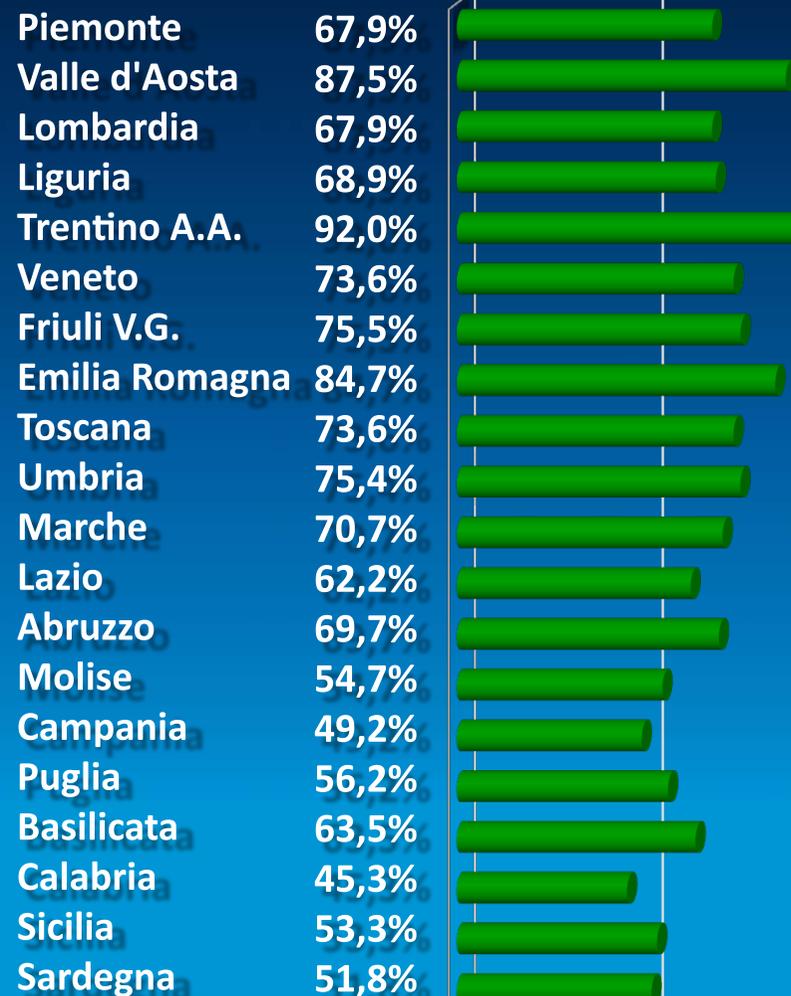
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

*Area della sanità: valutazione complessiva del sistema della salute*

NEL COMPLESSO QUAL È IL SUO GIUDIZIO  
SUL SISTEMA SANITARIO?



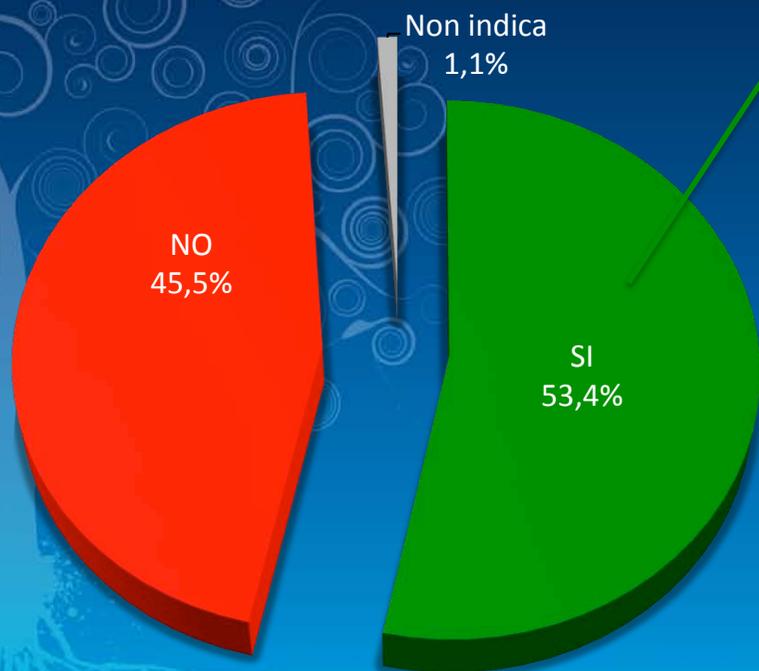
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



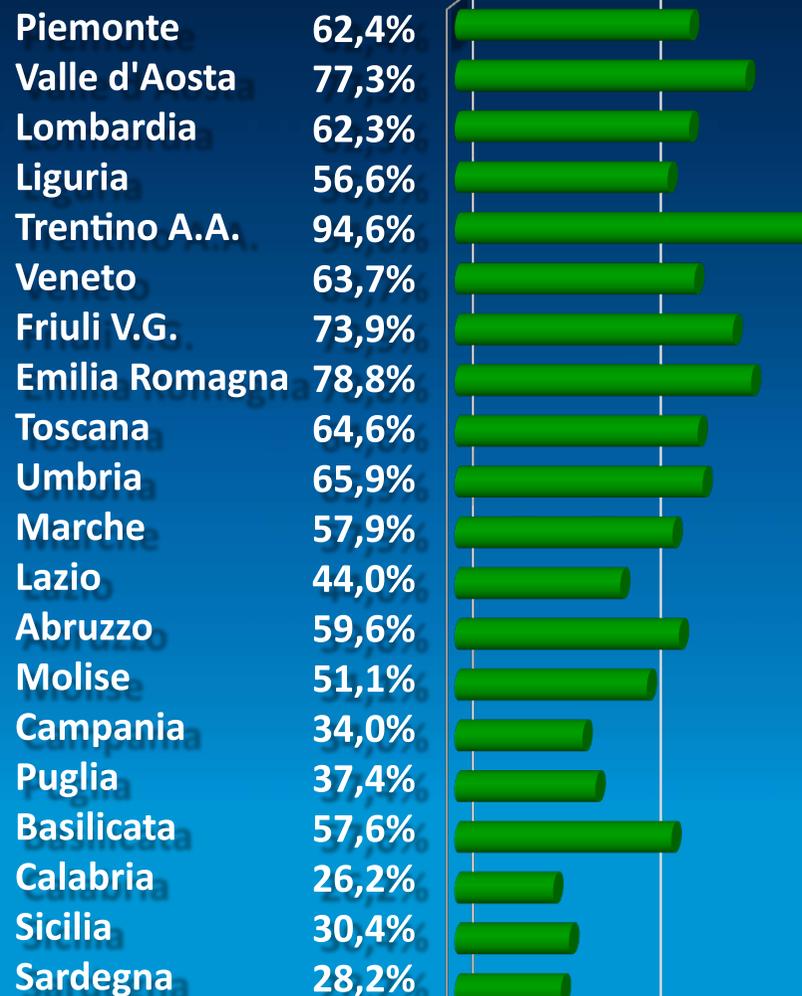
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

*Area della sanità: valutazione complessiva del sistema della salute*

**SECONDO LEI IL SISTEMA SANITARIO  
RISPONDE ALLE ESIGENZE DEI CITTADINI?**



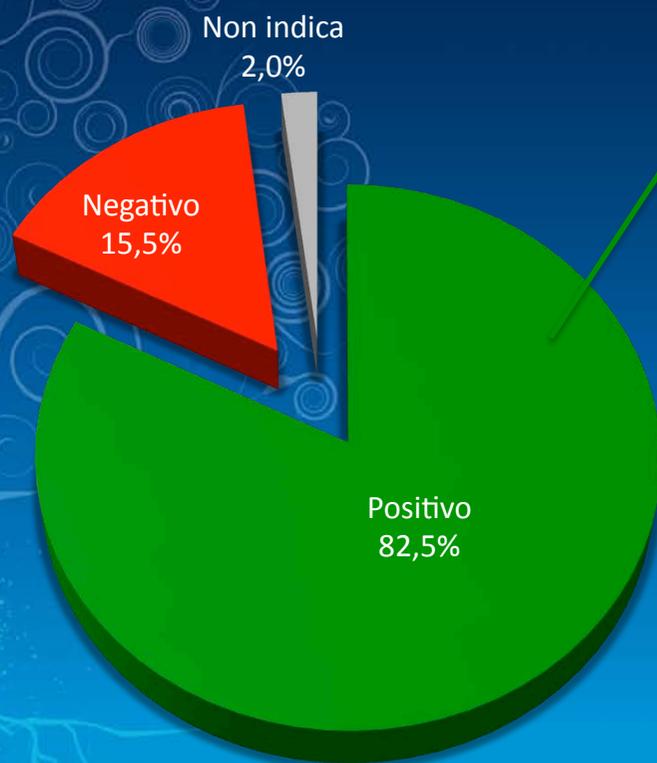
Percentuale di coloro che dichiarano che il sistema sanitario corrisponde alle esigenze dei cittadini (per regione)



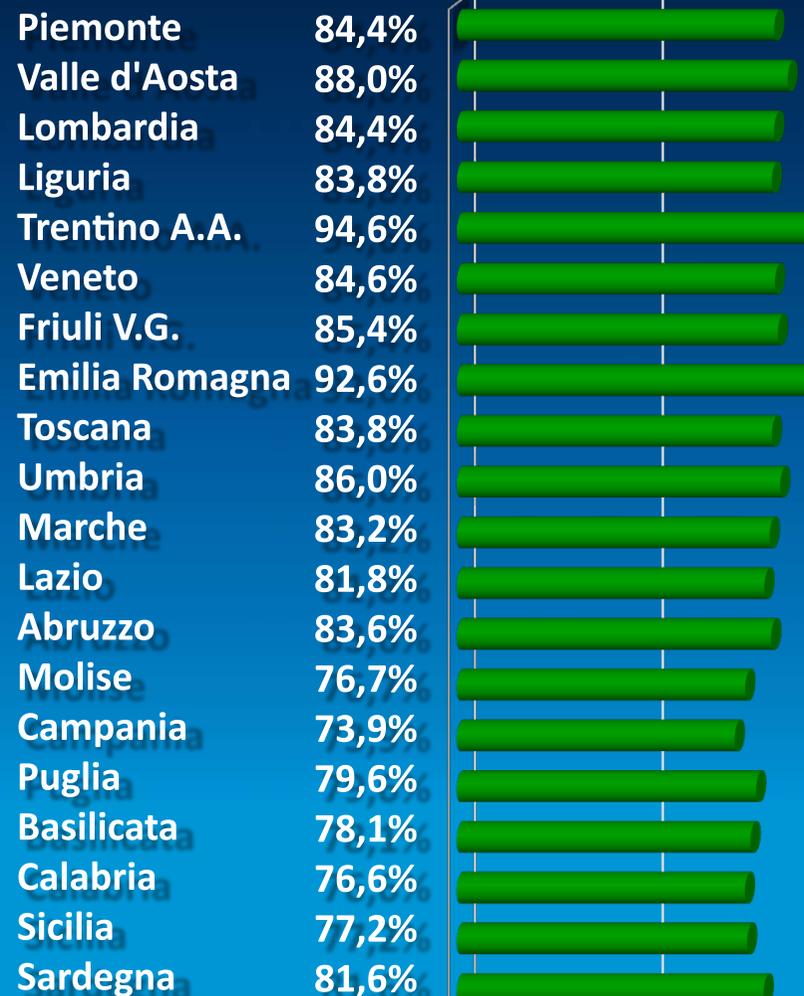
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sulla professionalità dei medici

QUAL È IL SUO GIUDIZIO  
SULLA PROFESSIONALITÀ DEI MEDICI?



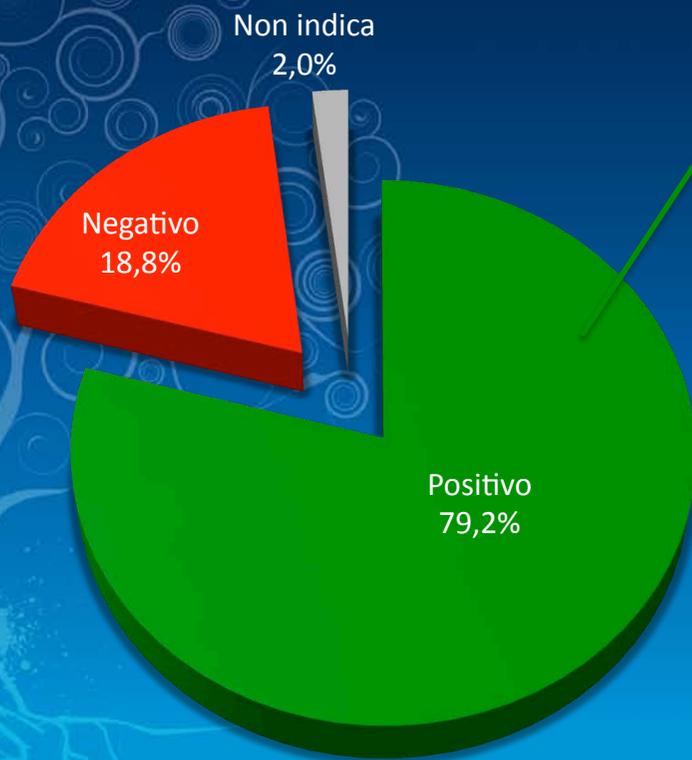
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



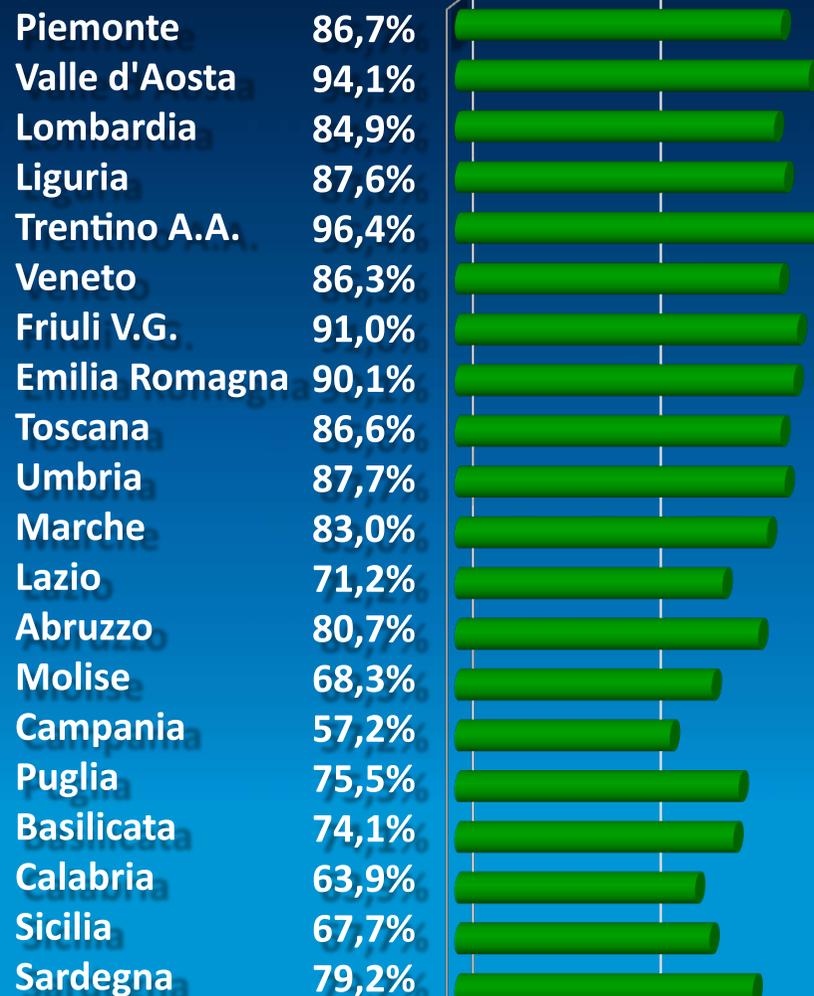
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIO SANITARIO

## Area della sanità: giudizi sulla professionalità del personale paramedico

QUAL È IL SUO GIUDIZIO SULLA PROFESSIONALITÀ  
INFERMIERI E DEL PERSONALE PARAMEDICO?



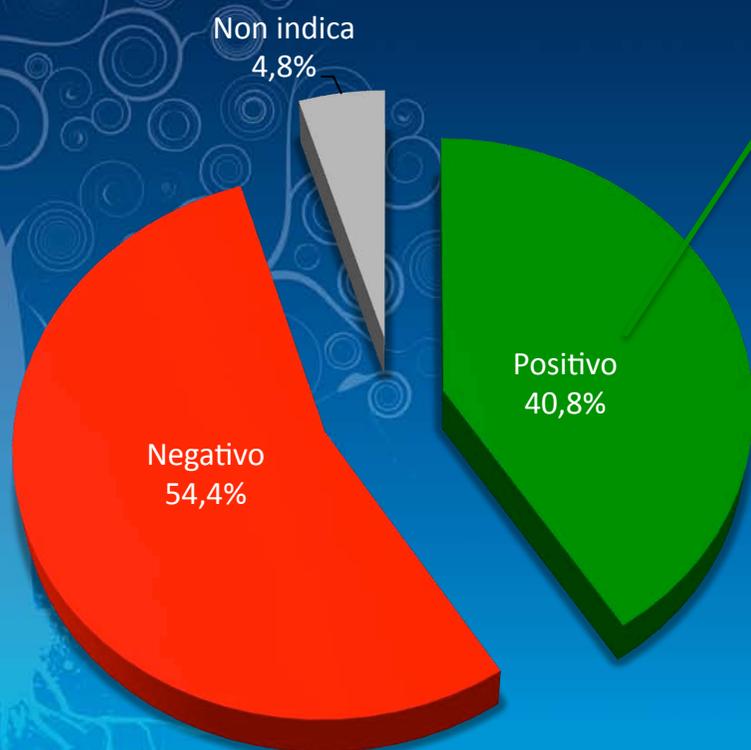
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



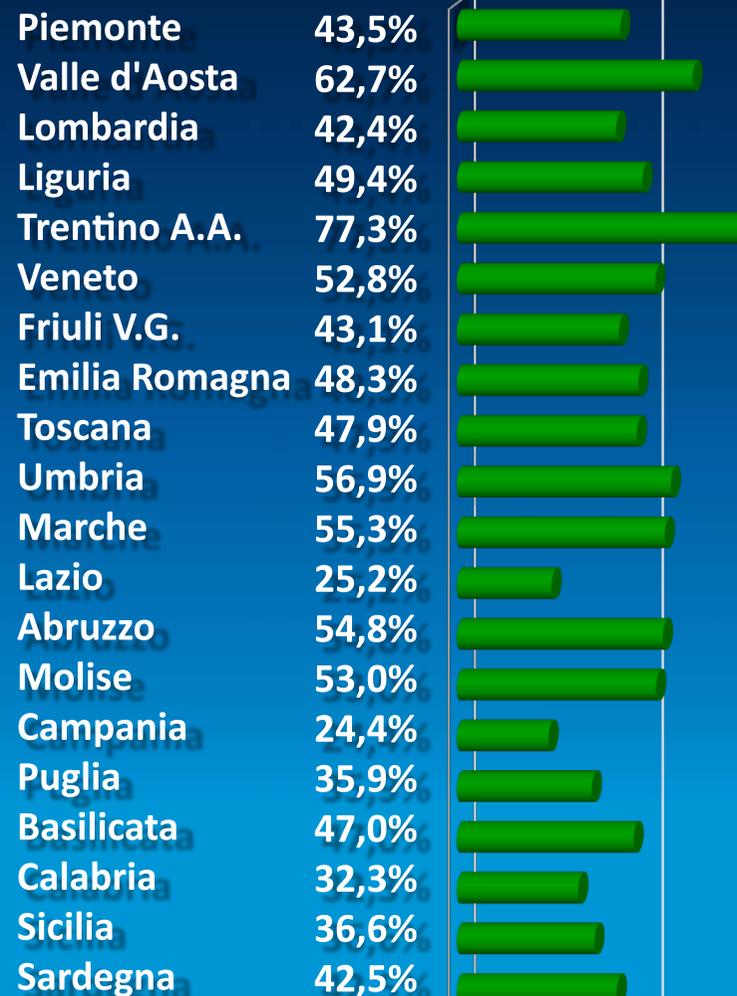
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sui tempi di attesa per i ricoveri

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO  
AI TEMPI DI ATTESA PER I RICOVERI?



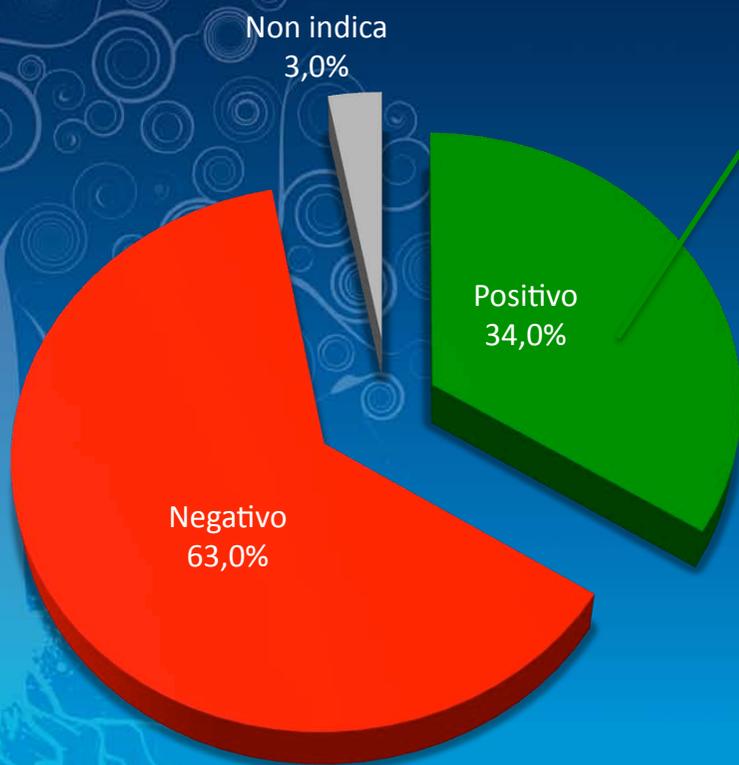
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sui tempi di attesa per le visite specialistiche

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO  
AI TEMPI DI ATTESA PER LE VISITE SPECIALISTICHE?



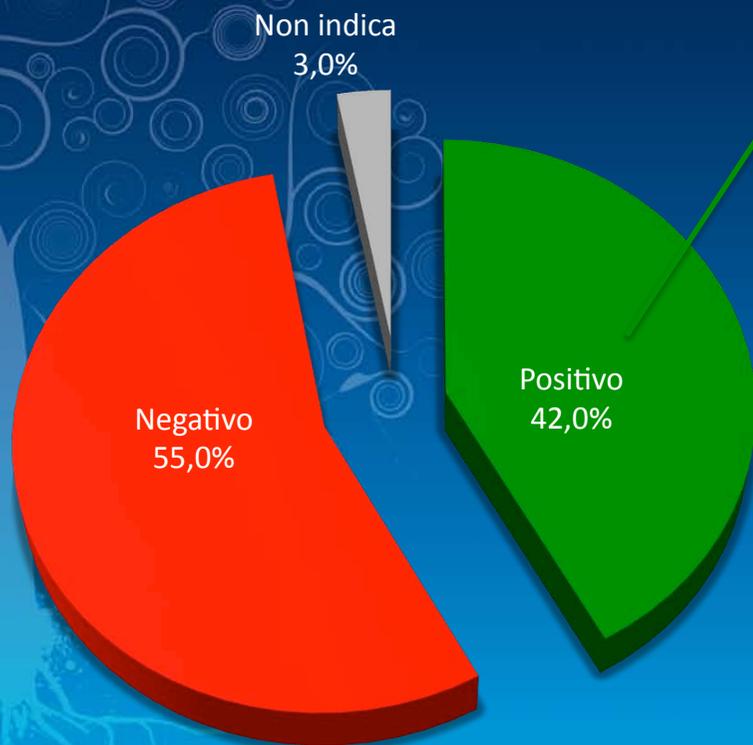
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



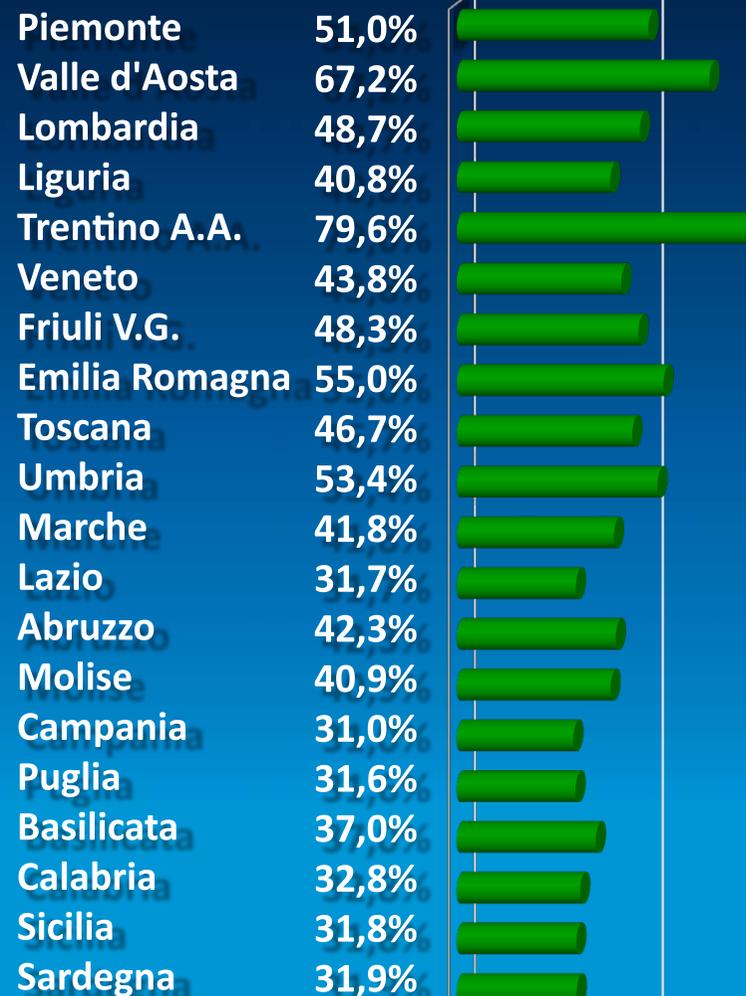
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sui tempi di attesa per la diagnostica

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO  
AI TEMPI DI ATTESA PER LA DIAGNOSTICA?



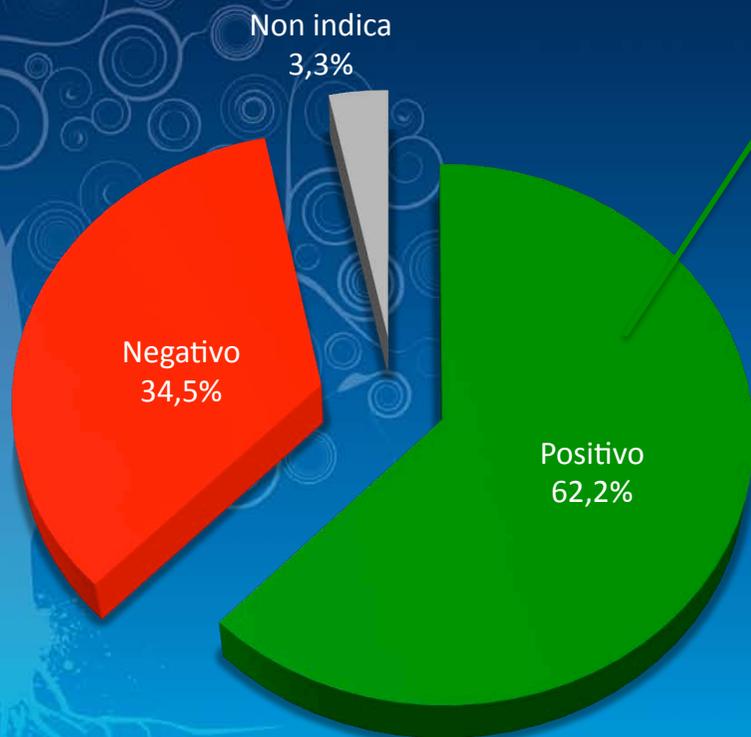
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo  
(per regione)



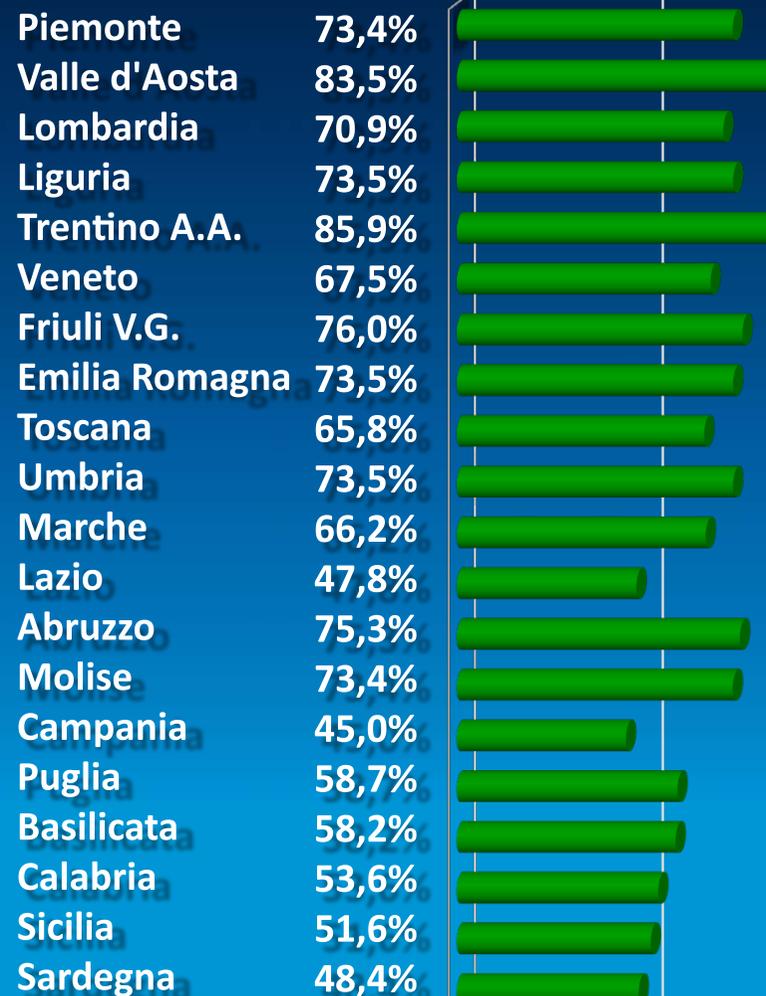
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sul Pronto soccorso

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO AI SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO E DI PRIMO INTERVENTO?



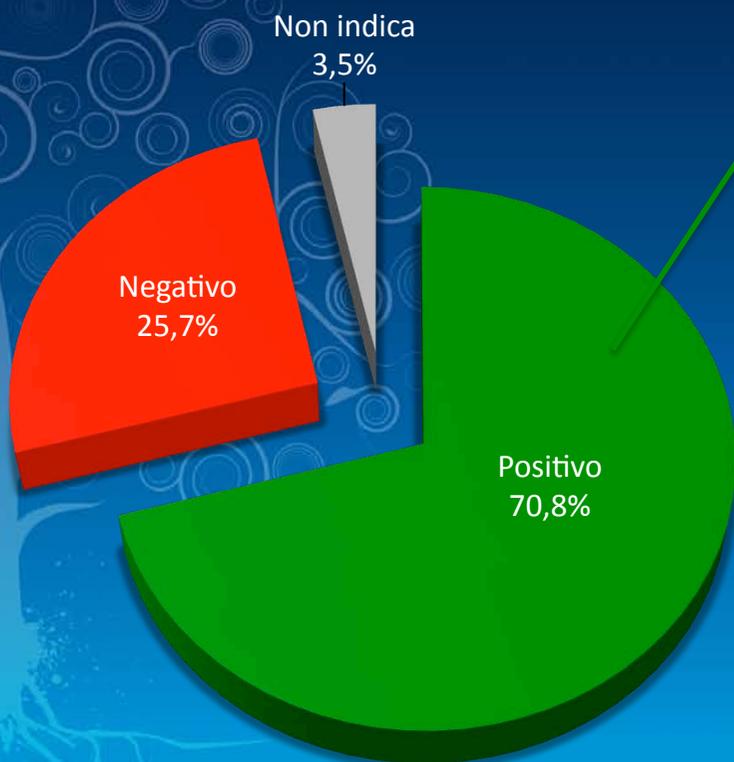
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



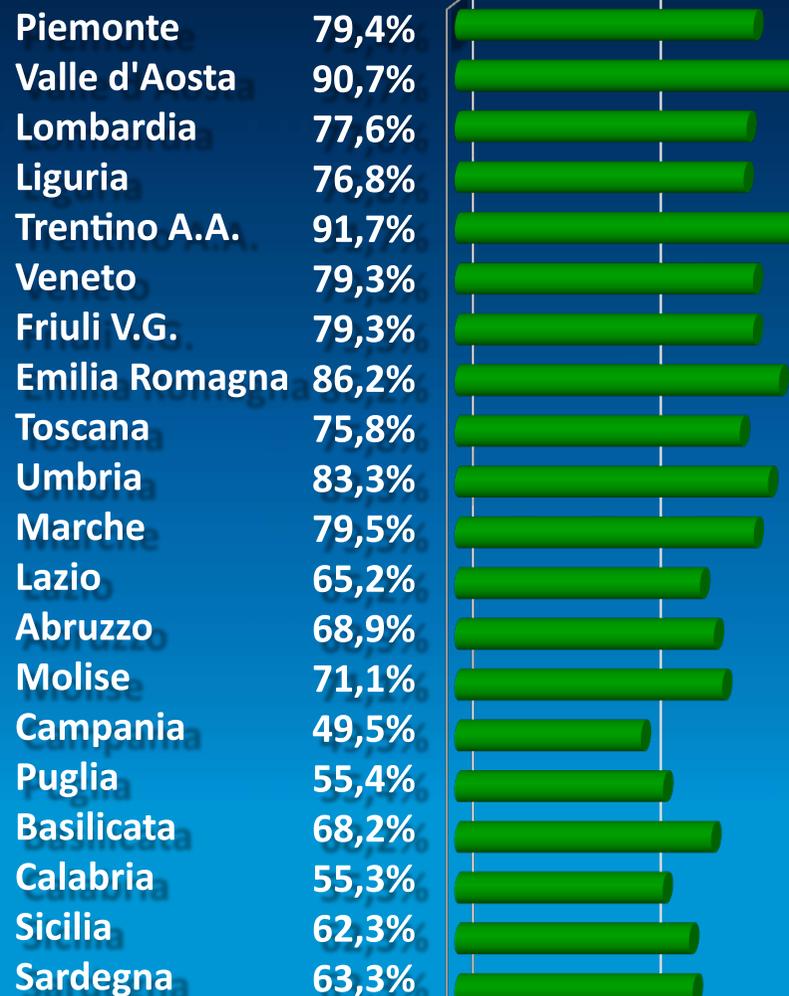
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sulla cortesia e disponibilità

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO ALLA CORTESIA ED ALLA DISPONIBILITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI?



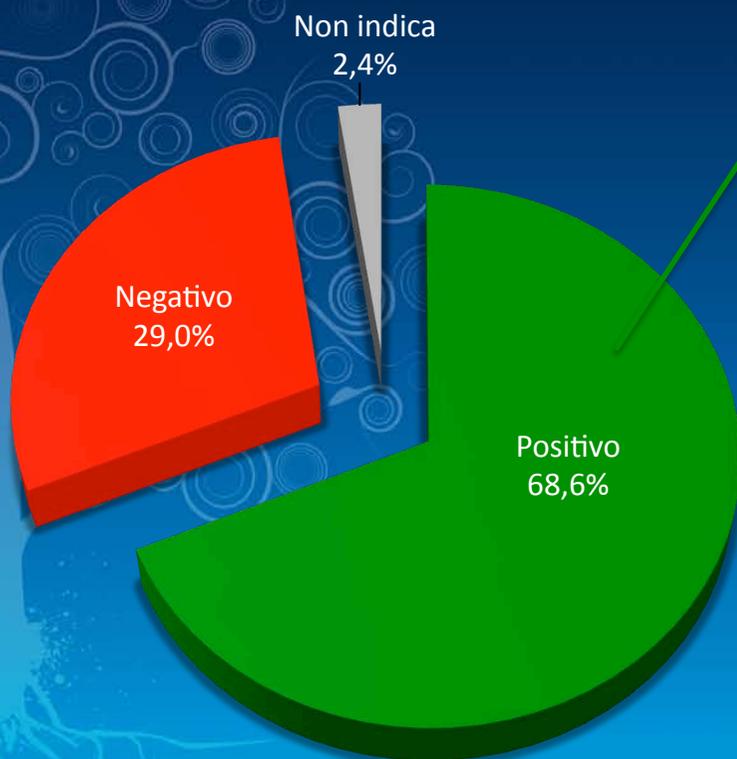
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



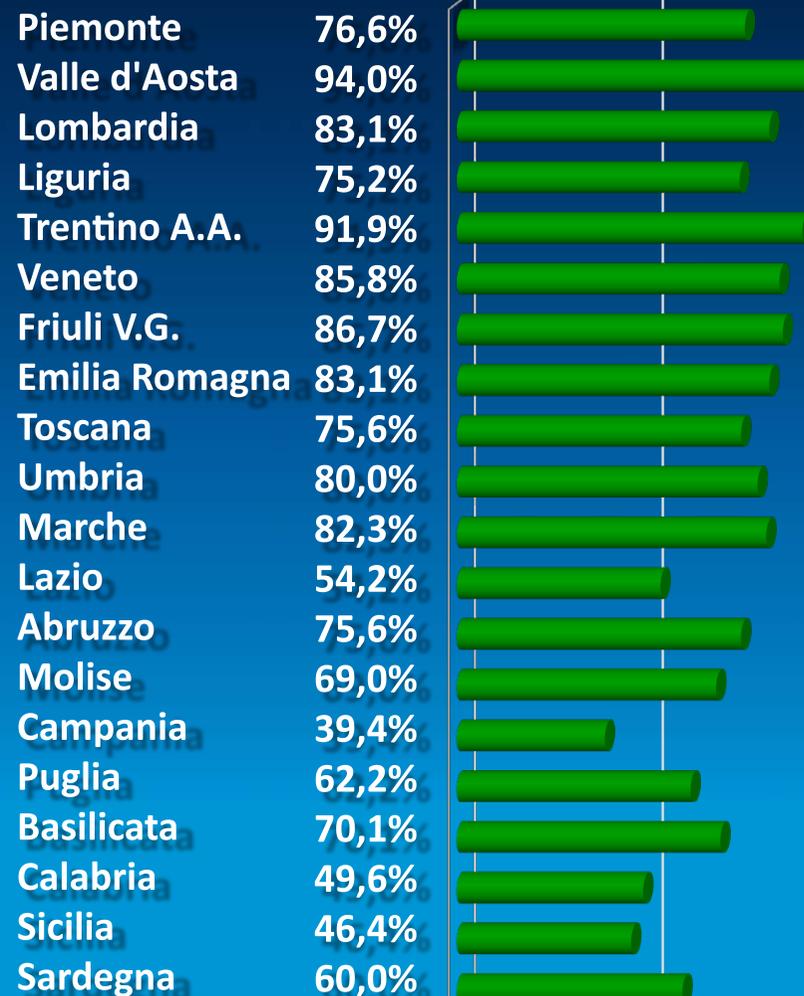
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sull'igiene e l'accoglienza

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO ALL'IGIENE E ALL'ACCOGLIENZA DEI PRESIDI SANITARI (OSPEDALI, AMBULATORI, ECC.)?



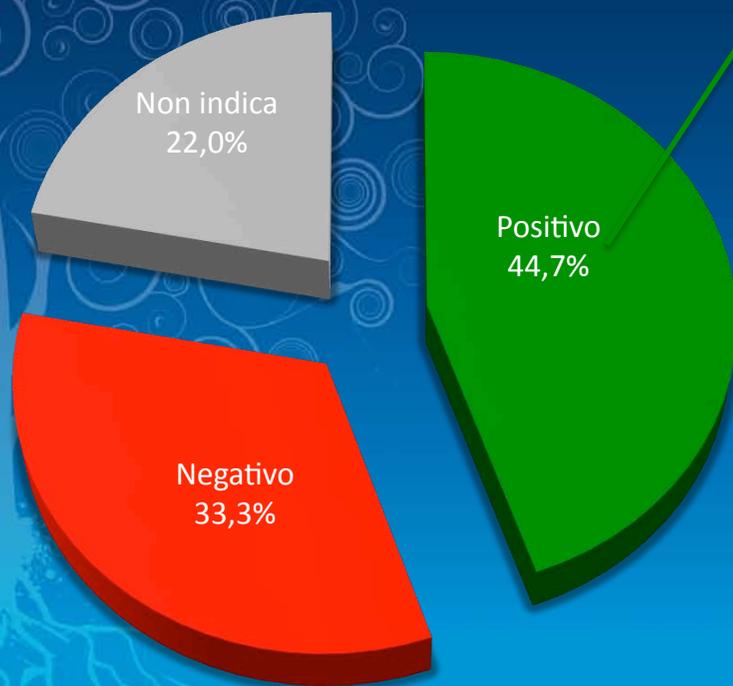
Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)



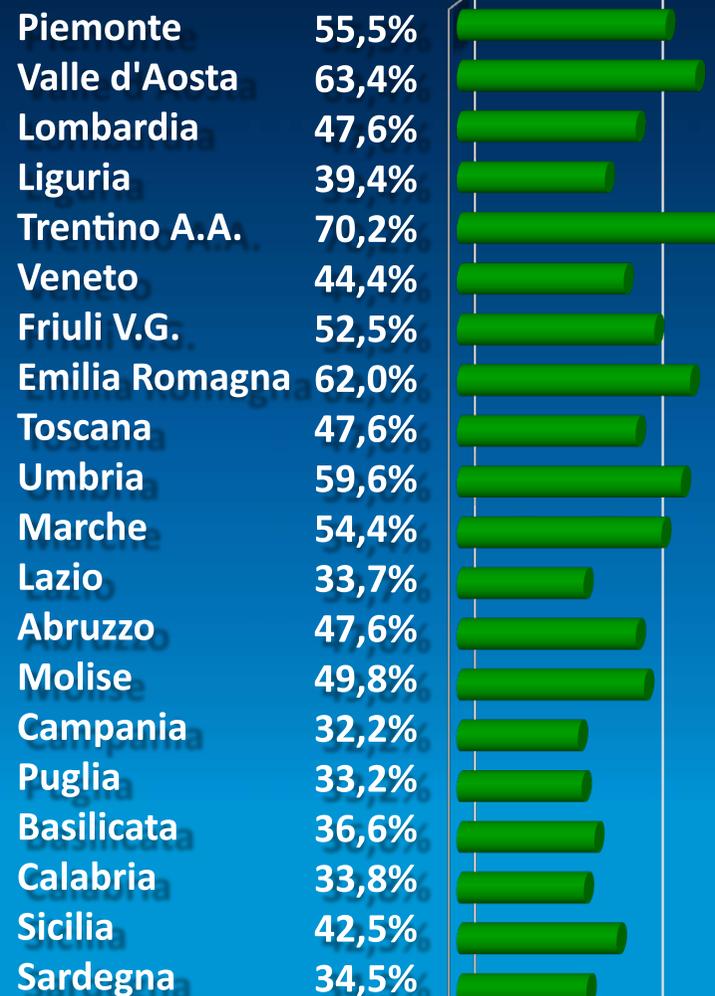
# I GIUDIZI SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## Area della sanità: giudizi sull'assistenza domiciliare medica ed infermieristica

QUAL È IL SUO GIUDIZIO IN MERITO ALL'ASSISTENZA MEDICA E PARAMEDICA DOMICILIARE?



Percentuale di coloro che esprimono un giudizio positivo (per regione)





RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI

**LA MAPPA DELLE INFRASTRUTTURE  
SOCIOSANITARIE \***

\* A cura dell'Associazione Nuovo Welfare

## LA MAPPA DELLE INFRASTRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Nel capitolo precedente abbiamo inteso dare un quadro generale, ancorché sintetico, di come i cittadini giudicano la qualità della vita nel territorio nel quale vivono ed il sistema socio-sanitario.

Questa parte della ricerca cambia la messa a fuoco e volge lo sguardo alle infrastrutture sociali e sanitarie a livello regionale.

Si tratta di un'analisi desk tesa a rappresentare - perlomeno per ciò che riguarda le materie prese in esame - la struttura e la qualità dell'offerta sociosanitaria del nostro Paese.

Dalla lettura dei dati ciascuno potrà trarre le proprie considerazioni e valutazioni. Sono necessarie, però, alcune avvertenze, a premessa della lettura dei dati rilevati nell'indagine.

La prima: anche se la ricerca ha come unità di base il territorio regionale, gli indicatori presi in esame non si riferiscono solo a materie di competenza esclusiva dell'ente Regione, ma sono riferibili in diversi casi, ad altri livelli istituzionali (Provincia e Comune)

Seconda avvertenza: presentare i dati in forma di indicatori comparabili a livello territoriale, anziché di concentrazione di servizi e strutture è stata una precisa scelta metodologica. Per ogni singola materia esaminata abbiamo segnalato la "best performer" (a cui è stato attribuito un valore pari a 100) e misurato la distanza delle altre regioni dalla miglior pratica. Vale a dire che se anche una Regione ha ottenuto un punteggio pari a 0 non significa che è carente di un determinato servizio ma semplicemente che è distante dalla regione che ottiene la migliore performance.

Terza ed ultima avvertenza: quella che è rappresentata non è una classifica dei buoni e dei cattivi, ma semplicemente un "inventario" degli interventi necessari per accorciare le distanze territoriali rispetto agli standard di qualità in materia di welfare.





Questa impostazione presuppone la scelta “a monte” di attribuire un valore qualitativo a dati di natura quantitativa, come sono appunto quelli relativi alle infrastrutture socio-sanitarie.

Tale scelta muove da una considerazione: per aumentare il benessere sociale, soddisfare i bisogni della comunità e proteggere gli individui dall’insorgere dei rischi non basta solamente fornire incrementi di reddito marginali, trascurando o riducendo i servizi, ma occorre evitare il trade-off tra gli uni e gli altri, favorendo, al contrario, politiche d’integrazione tra i trasferimenti monetari e i trasferimenti in servizi.

In questa direzione, l’analisi rappresenta uno strumento che misura l’offerta territoriale senza tener conto, nella sua elaborazione, degli interventi monetari, né utilizza indicatori di spesa, ma compie lo sforzo di valutare le strutture e i servizi sociali e sanitari in base al loro impatto sulla comunità.

Ciò, necessariamente, sconta la disponibilità di statistiche e studi in grado di cogliere il tema della qualità della vita e di analizzare l’offerta non in base ai costi sostenuti, ma al benessere dei cittadini attraverso aspetti legati alla quantità dei servizi e delle strutture, alla copertura territoriale che essi garantiscono, alla loro capacità di prendere in carico i bisogni della popolazione; ben sapendo che tutto questo non è di per sé sufficiente a soddisfare tutte le istanze di conoscenza in tema di valutazione delle politiche pubbliche.

A livello macro l’offerta socio-sanitaria dell’Italia ha due livelli: quella del centro e del nord - con standard di qualità elevati - e quella del mezzogiorno dove la carenza di infrastrutture si accompagna ai giudizi insufficienti già espressi dal campione di intervistati, segnalando carenze e ritardi cronici.

Un suggerimento: la lettura d’insieme dei settori esaminati suggerisce, in qualche modo, il modello di riferimento territoriale.

Se una Regione presenta valori simili sia nel campo sociale che in quello sanitario, si può presupporre che interpreti un modello orientato all’integrazione socio-sanitaria.



Se vede prevalere l'area della sanità su quella delle politiche sociali, è orientata a un modello prevalentemente medico. Mentre, se è il settore sociale a prevalere su quello della salute, si può dedurre un modello prevalentemente orientato alla pratica socio-assistenziale.

Osservando comparativamente i dati delle tre regioni che, nel complesso, hanno ottenuto le migliori performance nei diversi indicatori (Emilia Romagna, Lazio e Trentino Alto Adige) si possono notare andamenti assai diversi. L'Emilia Romagna appare orientata a un modello socio-sanitario integrato, il Lazio sembra adottare un modello prevalentemente medico e il Trentino Alto Adige al contrario, sembra puntare su un modello prevalentemente sociale.

Tra le regioni orientate verso l'integrazione socio-sanitaria c'è anche la Toscana, mentre la Liguria, la Lombardia e il Molise puntano su una struttura dell'offerta incentrata prevalentemente sulla sanità e tra le regioni orientate verso un modello prevalentemente sociale, da segnalare anche il Piemonte ed il Veneto.

*L'analisi dell'offerta sociale* prende in considerazione quasi tutti gli interventi e i servizi che rientrano nell'ambito delle politiche sociali e che trovano disciplina nella legge quadro 328/2000, la legge di riforma dell'assistenza, in cui vengono identificate le aree del bisogno sociale e gli interventi necessari a soddisfare i bisogni individuati.

Per questo, gli indicatori utilizzati nella costruzione dell'indice sociale tengono conto delle aree di intervento individuate dalla legge: Responsabilità familiari e diritti dei minori, Anziani, Disabilità, Azioni di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, Dipendenze.

E considerano le seguenti tipologie di servizi e prestazioni: Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata, Strutture residenziali, Asili nido, Servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, Scuole dell'infanzia, Interventi di contrasto alla dipendenza nonché la capacità di presa in carico degli utenti.



L'analisi si basa in gran parte sui dati rilevati dall'Istat nell' *Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni*. Tale indagine rileva, infatti, informazioni sulle prestazioni erogate a livello comunale, facendo emergere modelli di organizzazione e intervento che possono variare non soltanto tra le singole Regioni, ma anche all'interno delle stesse Regioni, tra ambiti territoriali diversi e tra singoli Comuni.

Prima di passare all'analisi dei risultati emersi, è opportuno specificare che gli indicatori *Scuole dell'infanzia: Bambini/Sezioni e Dipendenza: Utenti/Operatori* sono stati considerati nel loro complemento, ossia hanno ricevuto un punteggio minore quelle Regioni in cui, per esempio, le sezioni delle scuole per l'infanzia sono risultate particolarmente affollate<sup>1</sup>. Il Trentino Alto Adige, il Piemonte e l'Emilia Romagna sono le regioni che fanno registrare complessivamente le performance migliori nelle materie esaminate. Campania, Molise e Calabria denunciano invece i maggiori ritardi.

Il primato del Trentino Alto Adige è generato da risultati *best performer* ottenuti in molte aree di intervento del settore sociale. In particolare, esso registra il valore massimo (pari a 100) in otto indicatori<sup>2</sup> tra quelli selezionati, e ne vede altri sei<sup>3</sup> con un punteggio superiore agli 80 punti.

Tali risultati sono da ricondurre prevalentemente agli ambiti dell'Assistenza domiciliare socio-assistenziale e della Residenzialità, e riguardano in primo luogo la copertura territoriale, ossia la disponibilità di servizi e strutture a livello locale in funzione della distribuzione della popolazione potenzialmente destinataria degli interventi.

---

<sup>1</sup> Per maggiori approfondimenti cfr. la nota metodologica.

<sup>2</sup> Domiciliarità: Copertura Disabili, Domiciliarità: Copertura Anziani, Domiciliarità: Copertura Disagio, Domiciliarità: Presa in carico Disagio, Residenzialità: Copertura Famiglia e Minori, Residenzialità: Copertura Disabili, Residenzialità: Presa in carico Disabili, Residenzialità: Posti letto.

<sup>3</sup> Domiciliarità: Presa in carico Anziani, ADI: Copertura Anziani, Residenzialità: Presa in carico Anziani, Prima infanzia: Copertura, Prima infanzia: Presa in carico, Dipendenza: Utenti/Operatori.



Nonostante la posizione di eccellenza, è possibile tuttavia riscontrare anche risultati *poor performer* (indicatori con 0 punti), che riguardano esclusivamente alcuni interventi rivolti alla Disabilità<sup>4</sup>, a cui si possono aggiungere anche altri tre indicatori con valori inferiori ai 5 punti<sup>5</sup>. Incrociando i risultati *best performer* con quelli *poor performer* è possibile evidenziare due aspetti peculiari che contraddistinguono il Trentino Alto Adige: il primo concerne l'esistenza di una discrasia, in alcune aree di intervento, tra la copertura territoriale e l'effettiva presa in carico degli utenti (aspetto che meriterebbe senza dubbio un approfondimento, impossibile in questa sede); mentre il secondo riguarda un ritardo, registrato rispetto alle altre Regioni, nel campo dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

La posizione della Lombardia, centrale in classifica, può essere dedotta intuitivamente dalla distanza che tale regione registra nel confronto con i risultati ottenuti dal Trentino Alto Adige, in alcune delle materie esaminate. Gli indicatori della Calabria risultano in maggioranza *poor performer*. Gli unici due indicatori che fanno registrare esiti di maggiore rilievo sono quelli relativi alla Scuola dell'infanzia (*Bambini/Sezioni*) e al rapporto tra tossicodipendenti e operatori nei Ser.T.

*L'analisi dell'offerta sanitaria* prende in considerazione gran parte dei servizi in carico al Servizio Sanitario Nazionale, inteso nella sua accezione più ampia, come sistema in grado di promuovere, mantenere e recuperare la salute di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. I dati disponibili provengono da flussi di origine amministrativa, elaborati successivamente secondo standard internazionali. Alcuni degli indicatori considerati in questa sezione rispondono a criteri fissati a livello nazionale. Alcuni esempi possono, quindi, aiutare a chiarire i vari aspetti.

---

<sup>4</sup> Domiciliarità: Presa in carico Disabili, ADI: Copertura Disabili, ADI: Presa in carico Disabili.

<sup>5</sup> Domiciliarità: Presa in carico Famiglia e Minori, ADI: Presa in carico Anziani, Dipendenza: Strutture.



Nel caso dell'indicatore *Assistiti/Medici*<sup>6</sup>, sebbene il contratto di medicina generale preveda che si possano assistere fino a un massimo di 1.500 pazienti, il dato di ogni singola Regione risulta al di sotto di tale soglia: infatti la variabilità regionale passa da 1.008 pazienti nel Lazio a 1.331 nel Trentino Alto Adige.

Altri esempi sono l'indicatore *Posti letto ordinari* e quello *Presa in carico ospedaliera*: l'Intesa Stato- Regioni del 23 marzo 2005 ha fissato uno standard di posti letto pari a 4,5 per mille abitanti (comprensivo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza) e un tasso di ospedalizzazione di riferimento pari a 180 ricoveri per mille abitanti (di cui il 20% in regime di day hospital).

Per quanto riguarda in particolare i posti letto ordinari, bisogna inoltre aggiungere che da anni si assiste a una loro costante riduzione, coerentemente con quanto auspicato dalla programmazione sanitaria nazionale; mentre al contrario la quota di posti letto in day hospital fa registrare significativi aumenti.

Come evidenziato, dunque, per alcuni indicatori utilizzati in questo lavoro esistono standard normativi di riferimento.

Ciò, tuttavia, non impedisce che l'analisi condotta nel settore sanitario evidenzi alcune realtà regionali in cui si registrano performance migliori.

Prima di passare all'analisi dei dati, è utile precisare che nel caso dell'indicatore *Pronto soccorso* è stato considerato il suo complemento, ossia hanno ricevuto un punteggio più alto quelle Regioni i cui abitanti ricorrono in misura minore al pronto soccorso. Tale scelta scaturisce dalla considerazione per cui, ipotizzando che la necessità di cure di primo intervento sia normalmente distribuita sul territorio nazionale, un maggior uso del pronto soccorso indicherebbe sacche di inefficienza nella normale erogazione delle prestazioni mediche, evitate dai cittadini a vantaggio di forme di prima assistenza.

---

<sup>6</sup> L'indicatore in questione è stato invertito cfr. la nota metodologica.



Ugualmente, sono stati invertiti anche gli indicatori *Assistiti/Medici*, *Difficoltà a raggiungere servizi* e *File d'attesa*, per cui vengono considerate basse in classifica quelle Regioni che hanno un numero più alto di pazienti per medico e in cui le famiglie hanno maggiori difficoltà a raggiungere il pronto soccorso o restano in fila alla Asl per più di 20 minuti.

Dall'analisi dei diversi indicatori si nota che il Lazio, nel complesso, ottiene i risultati migliori, insieme all'Emilia Romagna e alla Liguria. In particolare il Lazio si distingue per una buona offerta di strutture, posti letto e personale, che in parte può essere spiegata grazie anche alla cospicua presenza sul territorio, e in particolare nella città di Roma, di cliniche universitarie e strutture convenzionate.

Soffermandoci sulle singole prestazioni, possiamo osservare che il Lazio è *best performer* per quattro indicatori<sup>7</sup> (con 100 punti), e in altri quattro<sup>8</sup> fa registrare valori superiori agli 85 punti. Nonostante gli aspetti di eccellenza, è possibile tuttavia riscontrare anche ambiti in cui si registrano risultati negativi. La regione si rileva, infatti, *poor performer* nel caso delle *File d'attesa* (in cui ottiene l'ultima posizione), ma appare in sofferenza anche riguardo i *Consultori* e *l'assistenza residenziale post-ospedaliera*.

A metà di un'ipotetica classifica regionale si collocherebbe l'Abruzzo dove si registrano ottimi risultati per quanto riguarda la *Presa in carico ospedaliera* (100 punti) e *l'Utilizzo Posti letto* (97,1 punti). Mentre presenta risultati *poor performer* per quanto concerne il Pronto soccorso. Al contrario, la Basilicata fa registrare il miglior risultato tra le Regioni proprio per il ricorso al pronto soccorso (100 punti), mentre presenta risultati *poor performer* per il tasso di utilizzo dei posti letto, il personale medico, la presa in carico ospedaliera e l'indice di stanzialità. Tutti risultati che mettono in luce come la Basilicata si possa configurare quale Regione di emigrazione sanitaria.

---

<sup>7</sup> Posti letto in day hospital, Medici, Personale ausiliario, Assistiti/Medici.

<sup>8</sup> Istituti di cura, Posti letto ordinari, Utilizzo Posti letto, Stanzialità.

## NOTA METODOLOGICA



Obiettivo di questa parte dell'indagine è rappresentare la geografia dell'offerta dei servizi sociali e sanitari delle Regioni italiane, attraverso lo studio comparativo delle "dotazioni" delle singole realtà territoriali. È evidente che l'analisi di fattori complessi, e non sempre univocamente definiti, come quelli riconducibili all'idea di welfare necessita di un approccio metodologico che faccia riferimento sia agli strumenti e alle tecniche di misurazione, che ai criteri di definizione degli ambiti e dei contesti da misurare. In altre parole, alla complessità del fenomeno da analizzare deve corrispondere la complessità dei criteri di osservazione, delle tecniche di analisi e dei metodi di rappresentazione dei diversi fattori che lo determinano. Ciò dà origine a una successiva e conseguente esigenza: comprimere il livello di complessità e ricondurre i molteplici fattori che determinano i livelli di offerta socio-sanitaria di un territorio in un ambito concettuale idoneo a una sua rappresentazione coerente. A tal fine si è reso necessario, in una prima fase, ricorrere a una gamma particolarmente ampia di indicatori semplici per ciascuna unità statistica, in grado di rappresentare, ciascuno per suo conto, i diversi fattori che incidono nella valutazione del fenomeno nel suo complesso.

In una seconda fase, proprio grazie all'utilizzo di tali indicatori, è stato possibile elaborare un ulteriore indice univoco, capace di rappresentare i livelli di offerta socio-sanitaria di ciascuna Regione, i deficit e i bisogni. In tal senso, la rappresentazione che emerge si colloca in una dimensione in cui le variabili di "spazio e tempo" non sono direttamente ed esclusivamente riferibili al calendario e alle competenze politiche delle Istituzioni regionali.

Il primo step della ricerca si è basato sulla verifica delle proprietà e dei requisiti necessari affinché gli indicatori prescelti fossero idonei a interpretare il fenomeno studiato. Rispetto alla più ampia gamma di indicatori selezionati inizialmente, si è proceduto a una verifica che consentisse di mantenere solo quegli indicatori in possesso delle seguenti proprietà: validità e affidabilità.



**Validità:** un indicatore si dice valido se è in grado di esprimere realmente la dimensione del concetto a cui si riferisce. Per provare la validità si ricorre a tre diversi suoi aspetti: validità del contenuto, validità rispetto a un criterio, validità di costrutto.

**Affidabilità:** uno strumento si dice affidabile se è in grado di riprodurre i medesimi risultati in ripetute valutazioni realizzate sotto le stesse condizioni, tenendo conto degli errori di osservazione.

Il secondo step della ricerca si è basato sulla scelta e sull'applicazione di una metodologia di sintesi degli indicatori, che escludesse per quanto possibile il ricorso a valutazioni soggettive<sup>9</sup>. L'aggregazione degli indici per ogni singola area di studio (Sociale e Sanità) è avvenuta seguendo l'approccio cardinale. Tale scelta è stata dettata dalla considerazione che l'approccio ordinale, pur essendo in grado di offrire risultati analoghi, non avrebbe permesso una valutazione delle distanze nel livello di offerta socio-sanitaria tra le varie Regioni. Per utilizzare l'approccio cardinale si è proceduto in primo luogo a trasformare gli indicatori elementari in modo che si muovessero tutti nella stessa direzione. Ciò ha significato stabilire se i vari indicatori fossero di tipo crescente o positivo (a variazioni positive o negative dell'indicatore corrispondono variazioni nella stessa direzione del fenomeno) oppure decrescente o negativo (a variazioni positive o negative dell'indicatore corrispondono variazioni di segno opposto del fenomeno)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Sulla base di questa considerazione viene specificato che non sono stati utilizzati processi di ponderazione in quanto l'eventuale selezione di un sistema di pesi, con cui ponderare i singoli indicatori elementari in funzione della loro diversa importanza rispetto al fenomeno considerato, avrebbe necessariamente comportato l'introduzione di una componente soggettiva, possibile causa di una distorsione dei risultati finali dell'indagine.

<sup>10</sup> In questo caso si è proceduto alla trasformazione dell'indicatore nel suo complemento. Per esempio, nell'area dell'Assistenza è stato adottato, tra i vari indicatori, quello relativo al rapporto tra utenti del servizio e operatori. In questo caso, come negli altri casi che si sono resi necessari, è stato considerato il complemento dell'indicatore originale. Nella fattispecie, considerando il rapporto Utenti/Operatori per il Lazio pari a 15,5, il valore dell'indicatore utilizzato è stato:  $100-15,5=84,5$ .

Dopo questa prima operazione si è passati, per ogni singola area, alla standardizzazione degli indicatori elementari mediante la seguente equazione:

$$2.1 \quad \longrightarrow \quad z_{ij} = \frac{x_{ij} - \bar{x}_{oj}}{\sigma_j}$$

Attraverso la 2.1 gli indicatori elementari sono stati espressi in scarti standardizzati (cioè in scarti dalla loro media) e successivamente relativizzati allo scostamento quadratico medio, dato dalla 2.2:

$$2.2 \quad \longrightarrow \quad \sigma_j = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_{ij} - \bar{x}_{oj})^2}{n}}$$

L'operazione di standardizzazione ha permesso contemporaneamente di:

- ridurre gli indicatori a numeri puri. Infatti, non esistendo un metro sociale di riferimento, come può essere la moneta in economia, è stato necessario svincolare ogni indicatore dalla propria unità di misura, rendendolo così comparabile con gli altri indicatori;
- relativizzare il campo di variazione in modo da eliminare dagli indicatori oltre all'unità di misura anche la variabilità<sup>11</sup> interna al singolo indicatore osservato.

---

<sup>11</sup> È utile specificare che il metodo utilizzato per eliminare la variabilità risente però dell'influenza di eventuali outliers (misure abnormi) presenti all'interno del campo di variazione, che potrebbero condizionare la sintesi finale degli indicatori.

Una volta avvenuta la standardizzazione, al fine di agevolare la lettura dei dati e valutare le distanze tra le singole Regioni, si è proceduto a un riproporzionamento degli indicatori standardizzati mediante la 2.3:

$$2.3 \quad \longrightarrow \quad k_{ij} = \frac{z_{ij} - \min\{z_{ij}\}}{\text{Max}\{z_{ij}\} - \min\{z_{ij}\}} 100$$

Ciò ha permesso di far oscillare gli indicatori tra il valore più basso, posto uguale a 0 (limite inferiore), e quello più elevato della stessa distribuzione, posto uguale a 100 (limite superiore). Questa ulteriore trasformazione ha consentito, inoltre, di eliminare le diverse variabilità, considerando che gli indicatori sono stati relativizzati nel campo di variazione e che, quindi, possono muoversi tutti entro la medesima scala (0 - 100).

*Al fine di utilizzare dati che garantissero sia uno standard di qualità statistica elevata, sia un'omogeneità di rilevazione sull'intero territorio nazionale, si è fatto ricorso unicamente a fonti statistiche ufficiali.*

## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

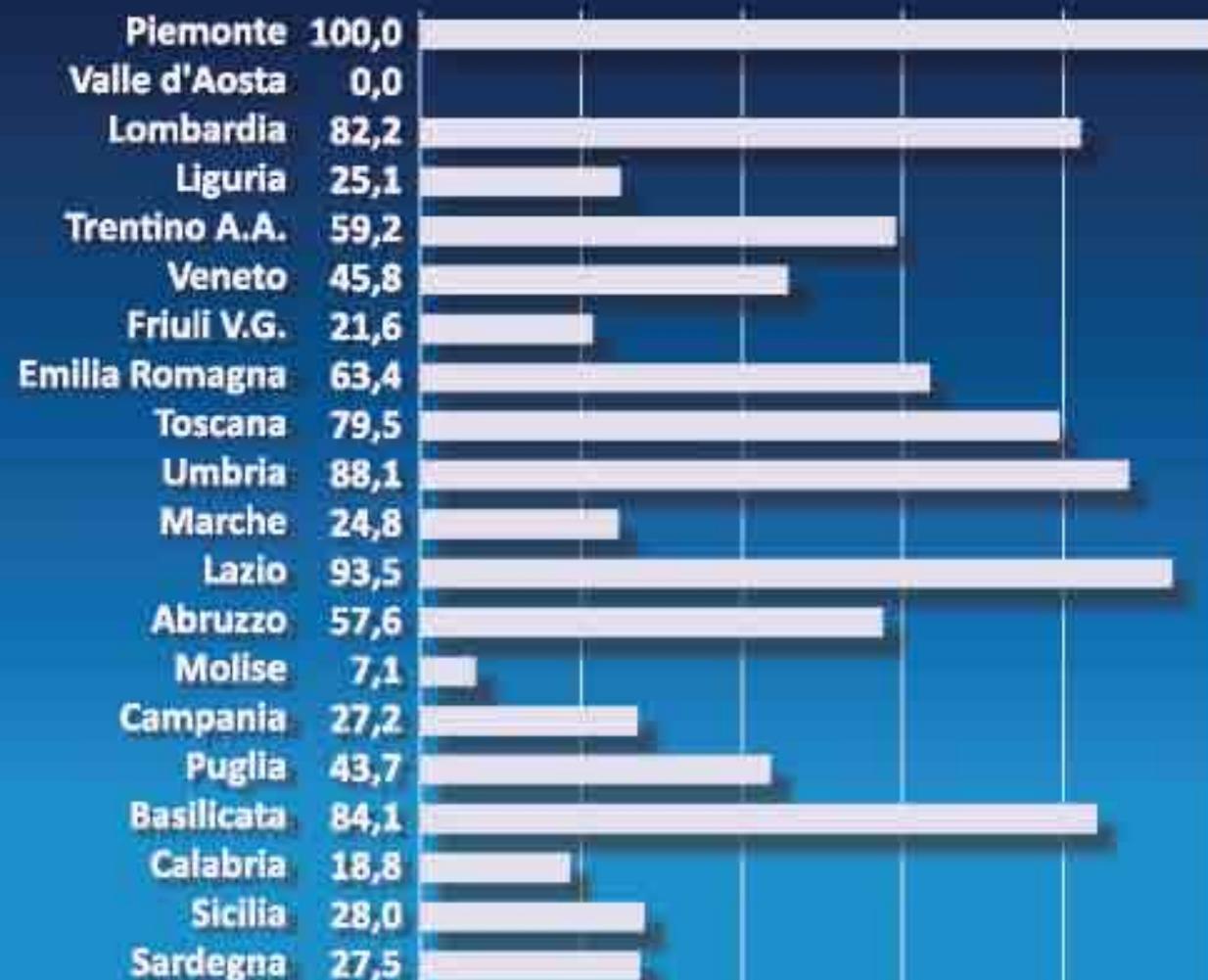
#### COPERTURA FAMIGLIA E MINORI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

a) Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### PRESA IN CARICO FAMIGLIA E MINORI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

a) Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### COPERTURA DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area disabili per 100 persone b)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

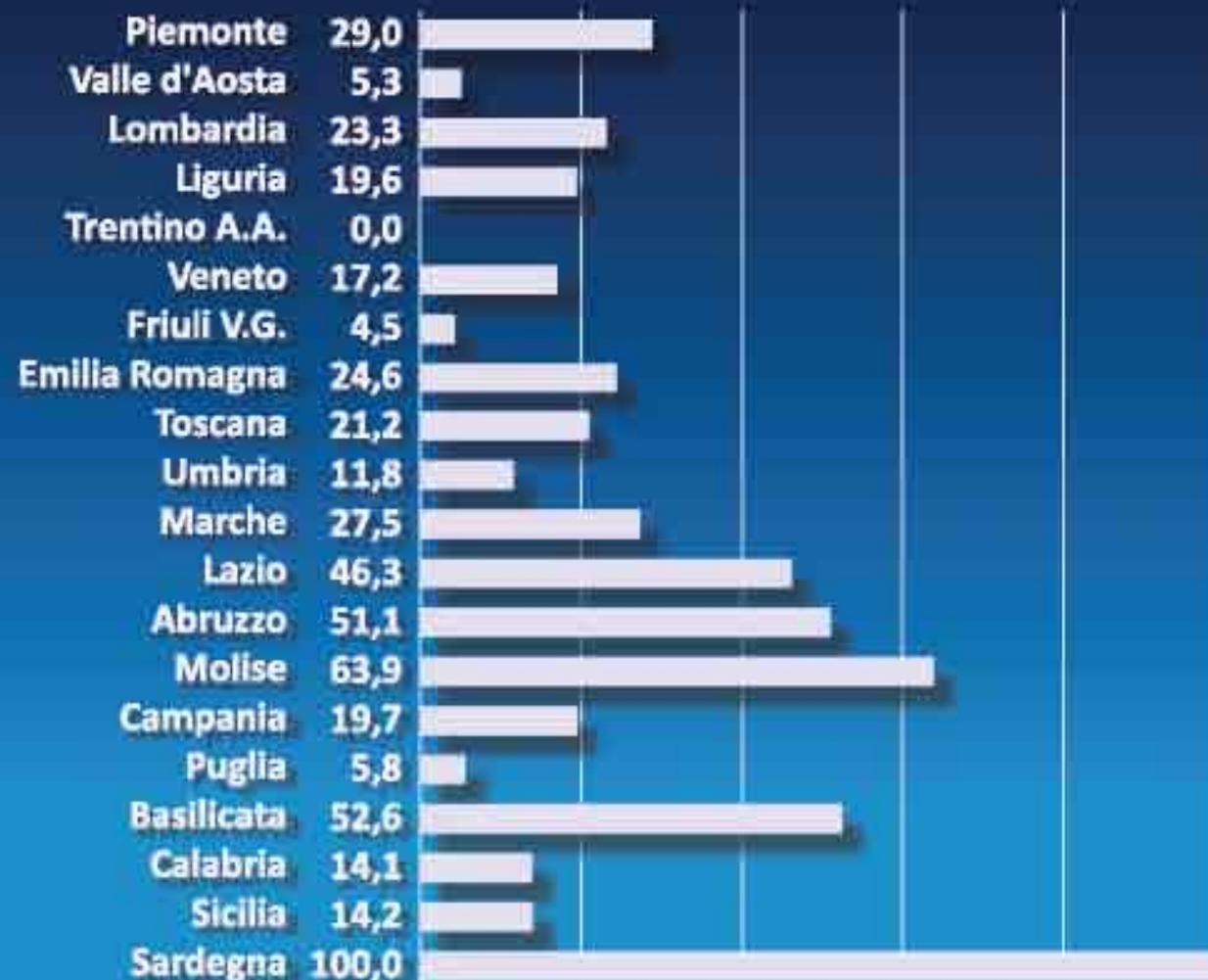
#### PRESA IN CARICO DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area disabili per 100 persone b)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### COPERTURA ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area anziani per 100 persone c)

\*Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### PRESA IN CARICO ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area anziani per 100 persone c)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### COPERTURA DISAGIO

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area povertà e disagio adulti per 100 persone d)

\*Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

d) Popolazione di riferimento: persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare socio-assistenziale

#### PRESA IN CARICO DISAGIO

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area povertà e disagio adulti per 100 persone d)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

d) Popolazione di riferimento: persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare integrata

#### COPERTURA DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area disabili per 100 persone b)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare integrata

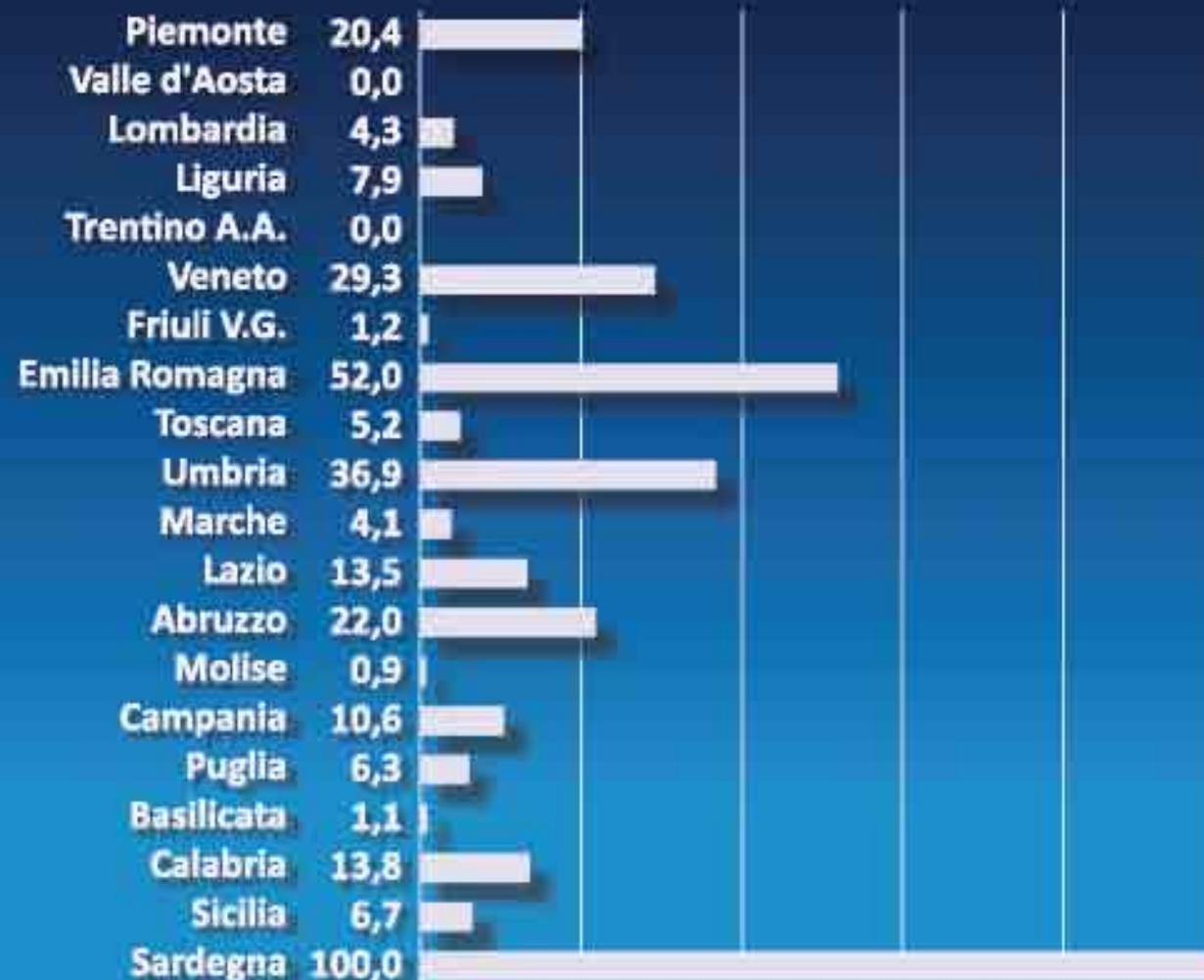
#### PRESA IN CARICO DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area disabili per 100 persone b)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare integrata

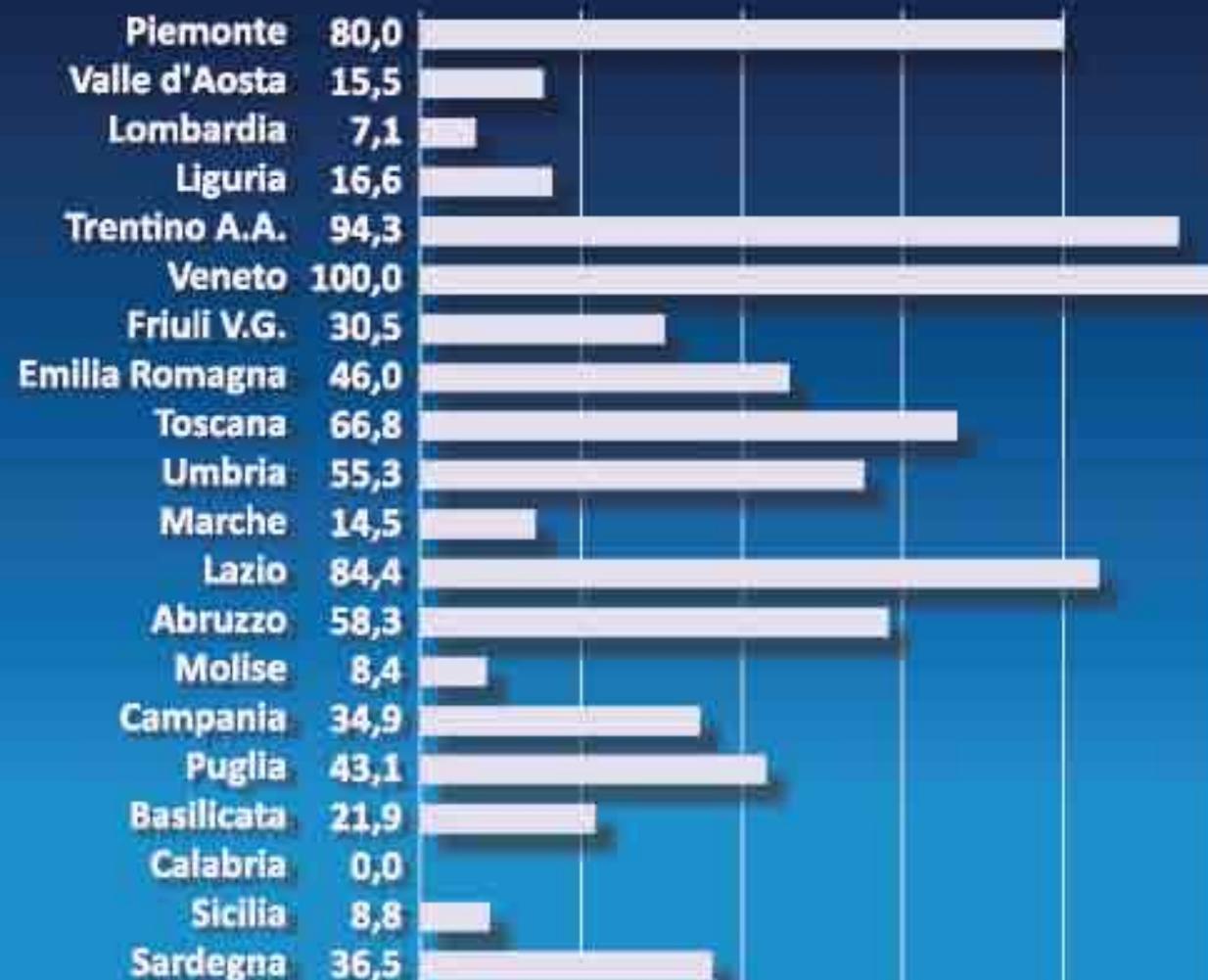
#### COPERTURA ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area anziani per 100 persone c)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di assistenza domiciliare integrata

#### PRESA IN CARICO ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area anziani per 100 persone c)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

#### COPERTURA FAMIGLIA E MINORI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

a) Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

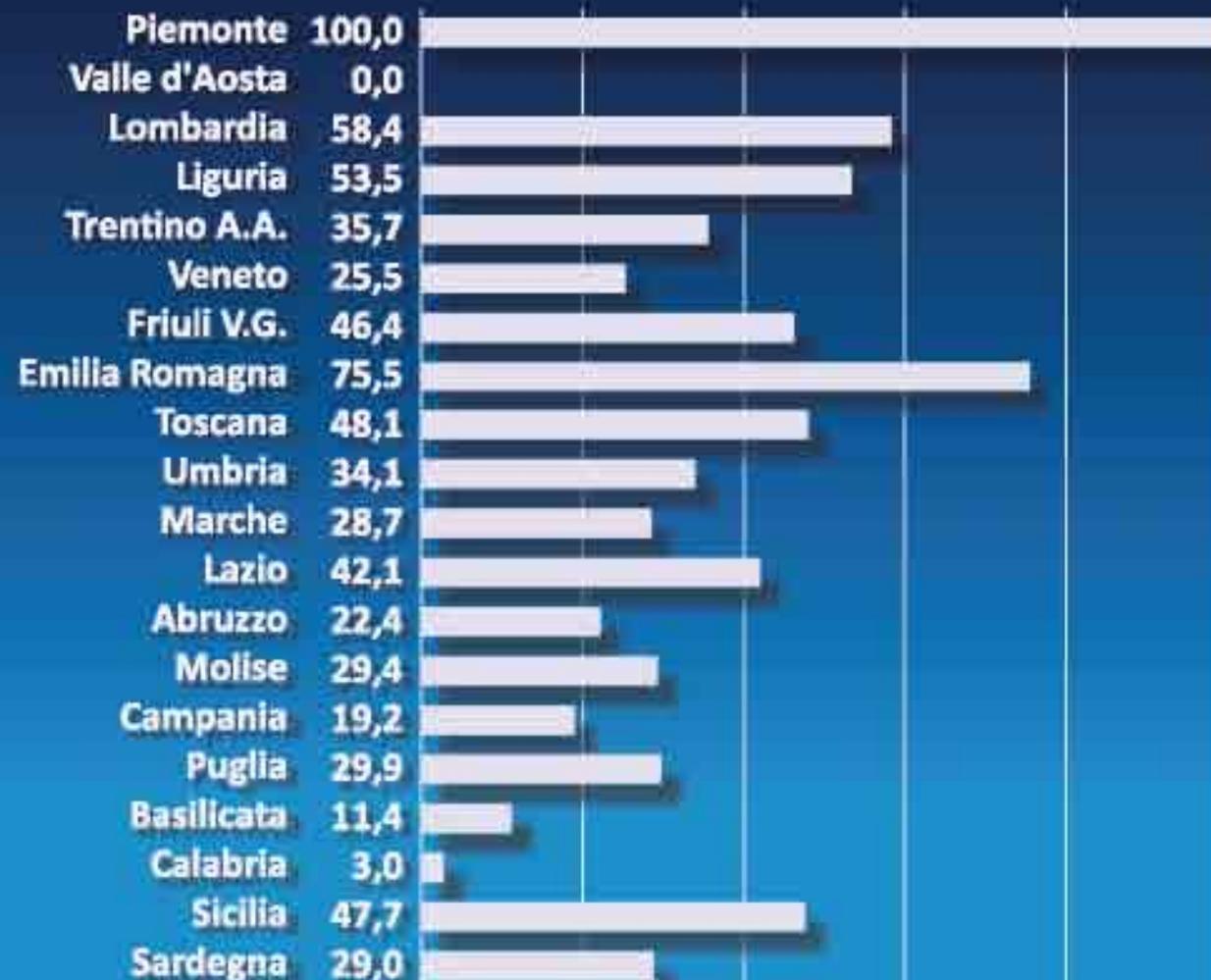
#### PRESA IN CARICO FAMIGLIA E MINORI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

a) Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

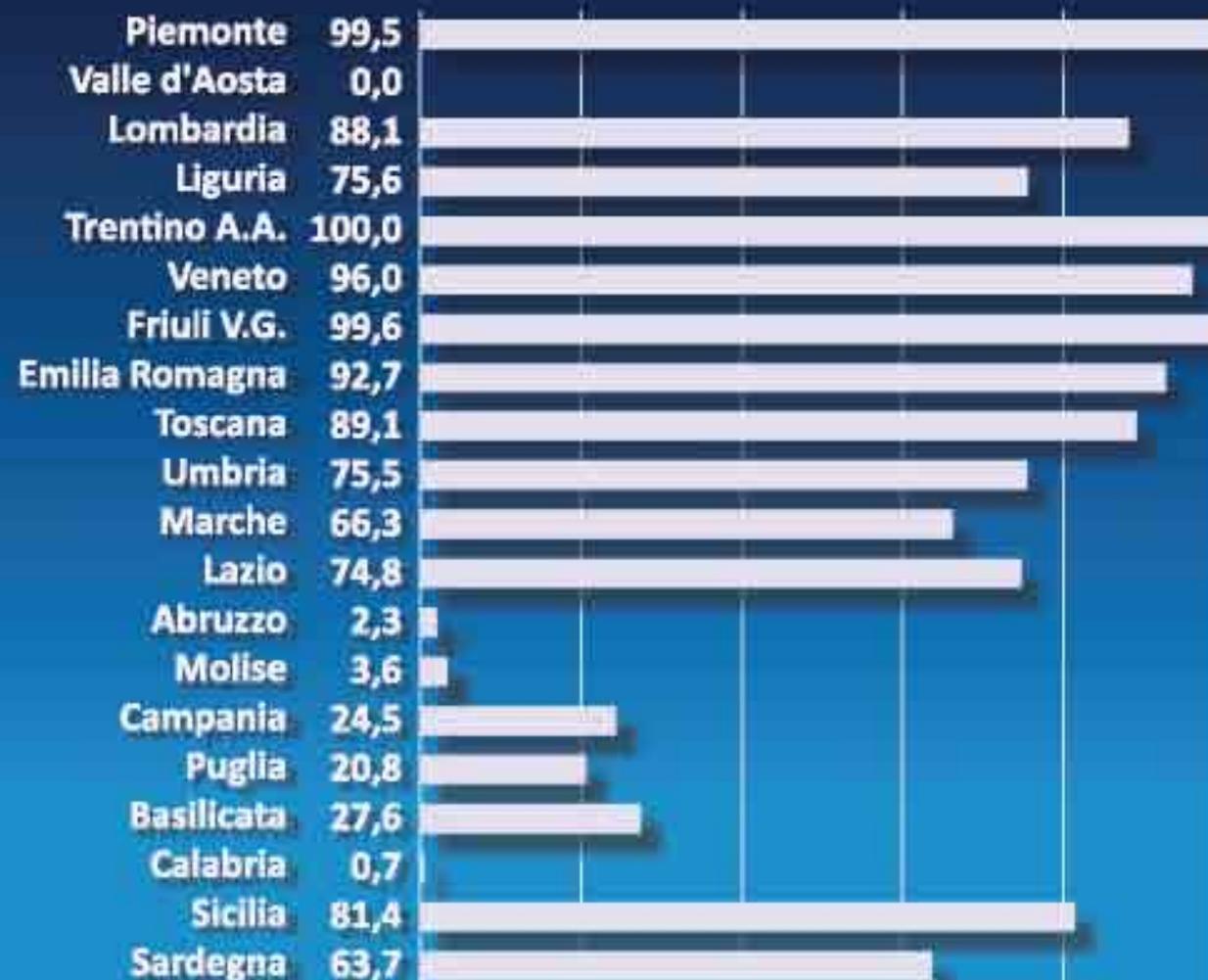
#### COPERTURA DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area disabili per 100 persone b)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

#### PRESA IN CARICO DISABILI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area disabili per 100 persone b)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

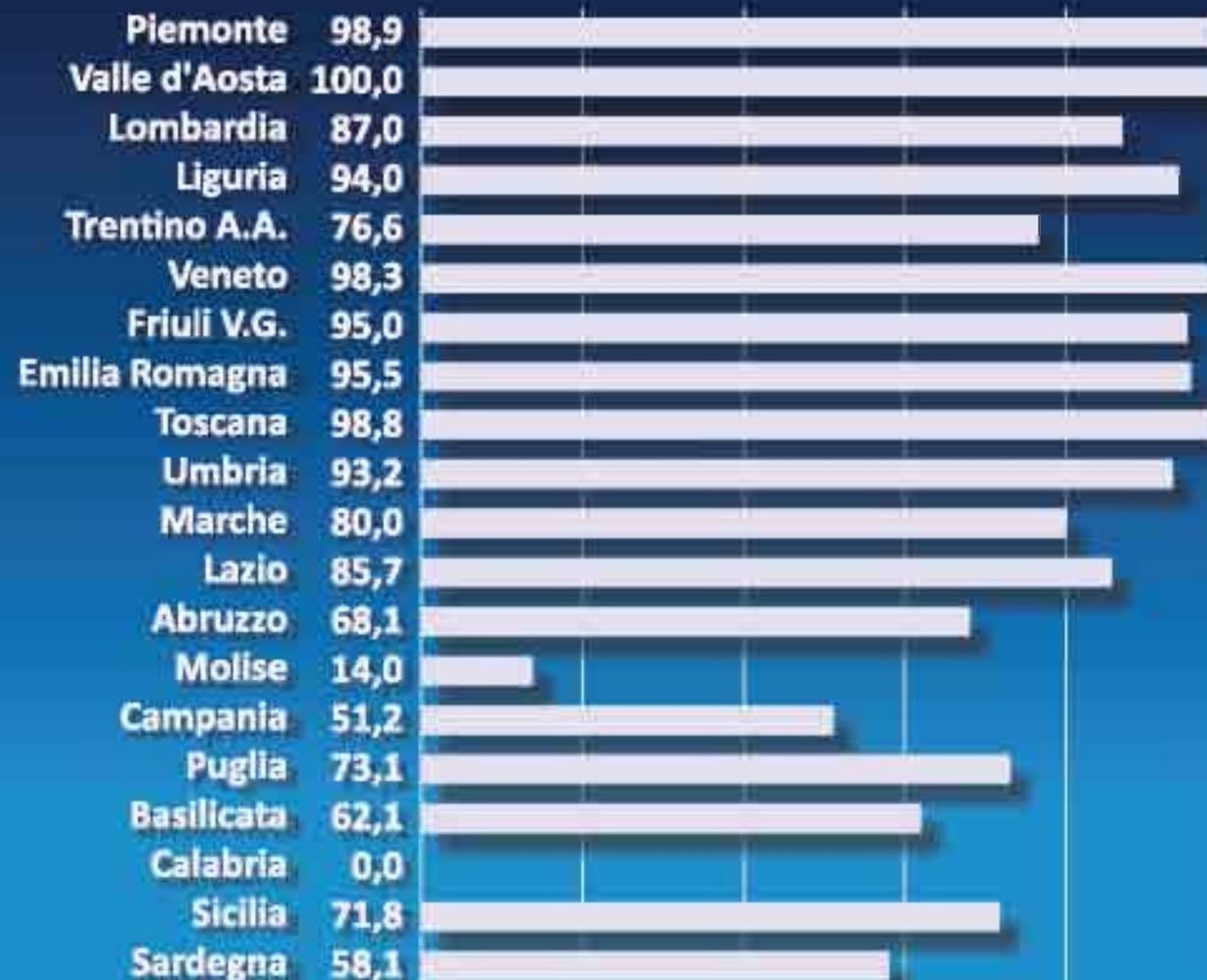
#### COPERTURA ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* nell'area anziani per 100 persone c)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

#### PRESA IN CARICO ANZIANI

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* nell'area anziani per 100 persone c)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di residenzialità

#### POSTI LETTO SOCIORESIDENZIALI

(SCALA 0 - 100)

Posti letto nei Presidi  
residenziali socio-  
assistenziali per  
10.000 abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di servizi all'infanzia

#### BAMBINI/SEZIONI

(SCALA 0 - 100)

Bambini su sezioni  
scuole Infanzia  
(Invertito)



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di servizi all'infanzia

#### COPERTURA ASILI NIDO

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* per 100 persone e)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

e) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di servizi all'infanzia

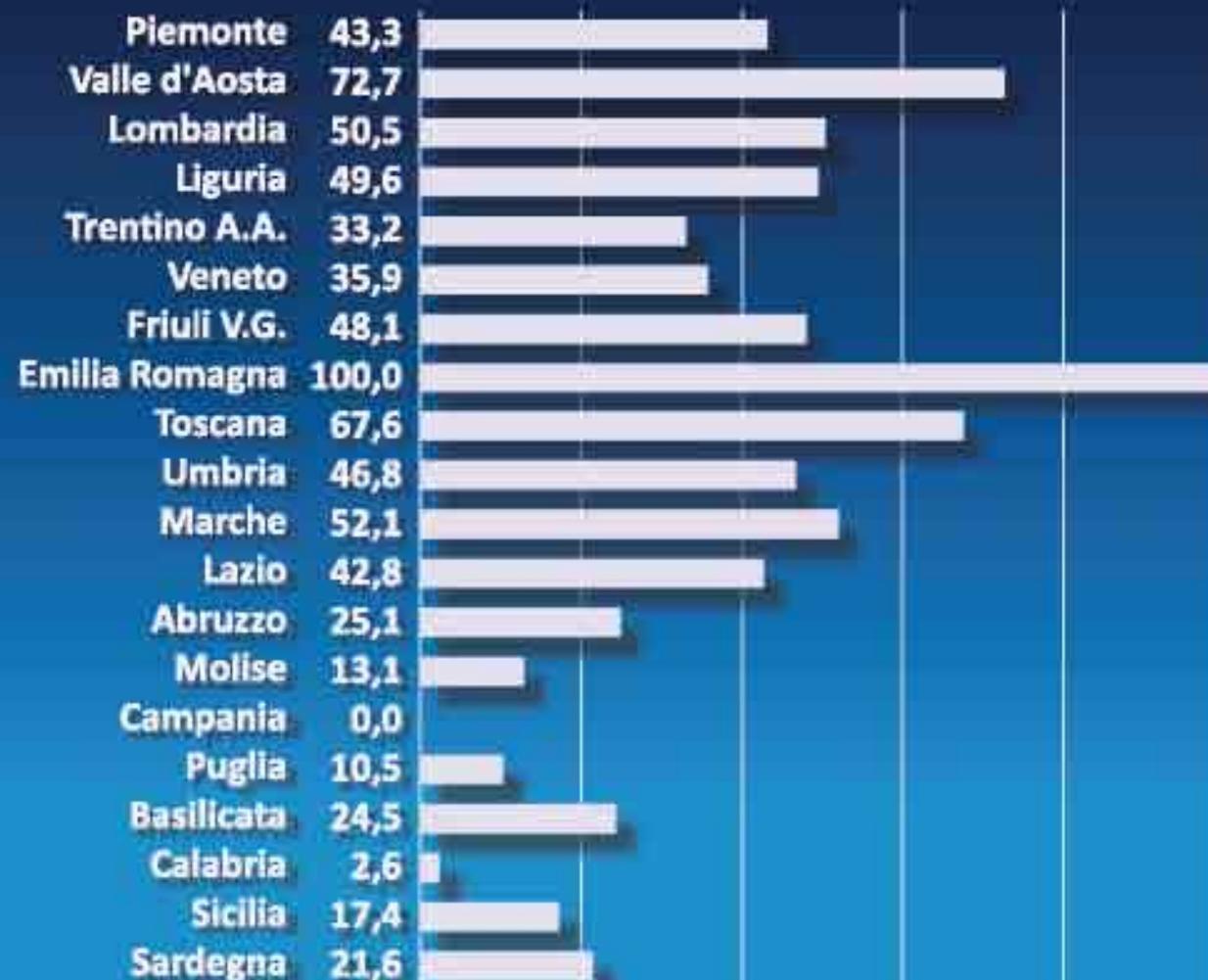
#### PRESA IN CARICO ASILI NIDO

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* per 100 persone e)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

e) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di servizi all'infanzia

#### COPERTURA SERVIZI INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

(SCALA 0 - 100)

Indice di copertura territoriale del servizio\* per 100 persone e)

\* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

e) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di servizi all'infanzia

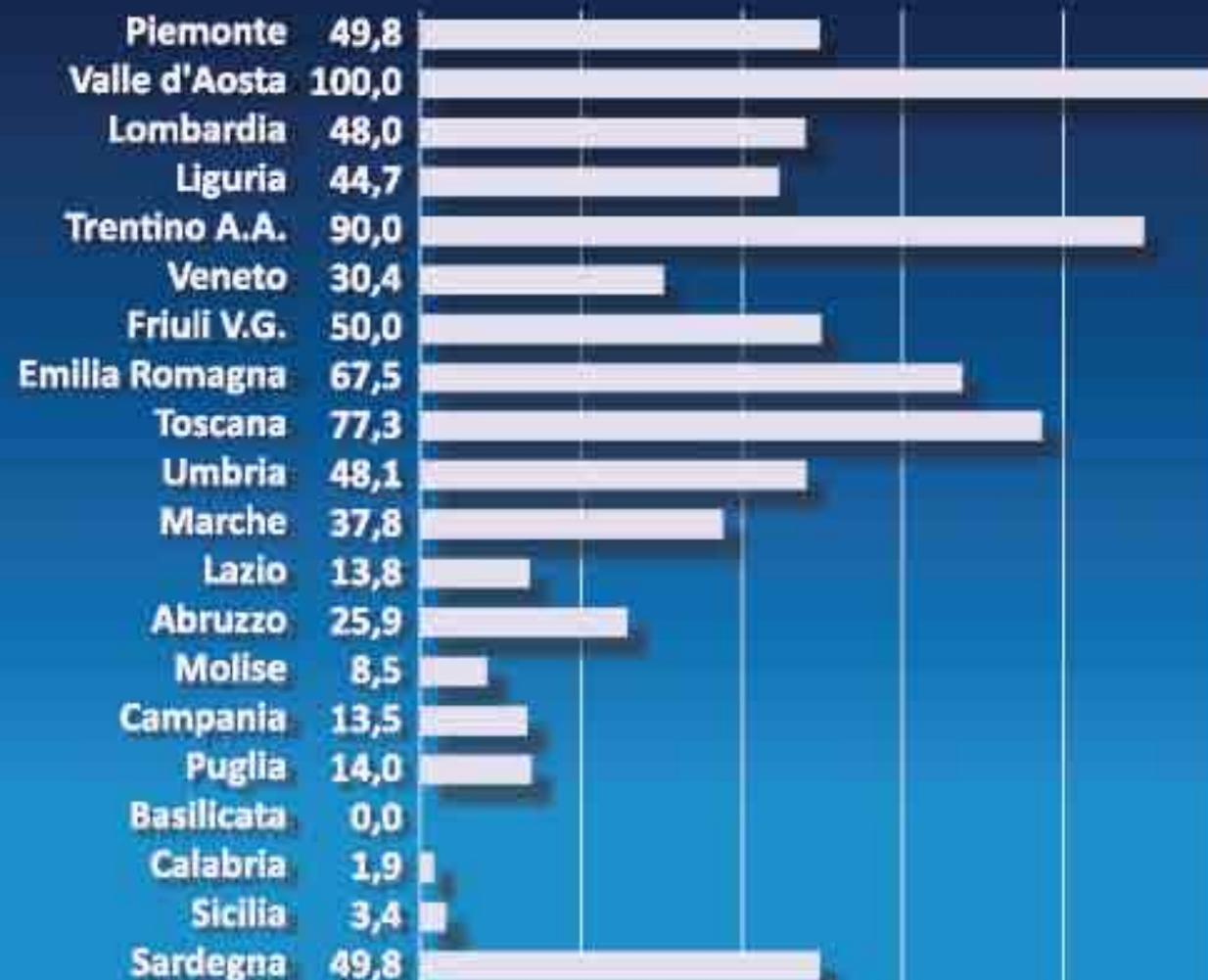
#### PRESA IN CARICO SERVIZI INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

(SCALA 0 - 100)

Indice di presa in carico degli utenti\*\* per 100 persone e)

\*\* Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.

e) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### Indice di contrasto alla tossicodipendenza

#### PRESENZA DI STRUTTURE

(SCALA 0 - 100)

Numero di strutture socio riabilitative pubbliche per tossicodipendenza per 100 persone f)

f) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni.



## INDICATORI DELL'AREA SOCIALE

### *Indice di contrasto alla tossicodipendenza*

#### UTENTI/OPERATORI

(SCALA 0 - 100)

Tossicodipendenti in  
trattamento presso  
Ser.T su operatori  
(invertito)



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

*Indice di presenza di istituti di cura*

### ISTITUTI DI CURA

(SCALA 0 - 100)

istituti di cura per  
100.000 abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### Indice di posti letto ordinari

#### POSTI LETTO

(SCALA 0 - 100)

Posti letto ordinari per  
1.000 abitanti



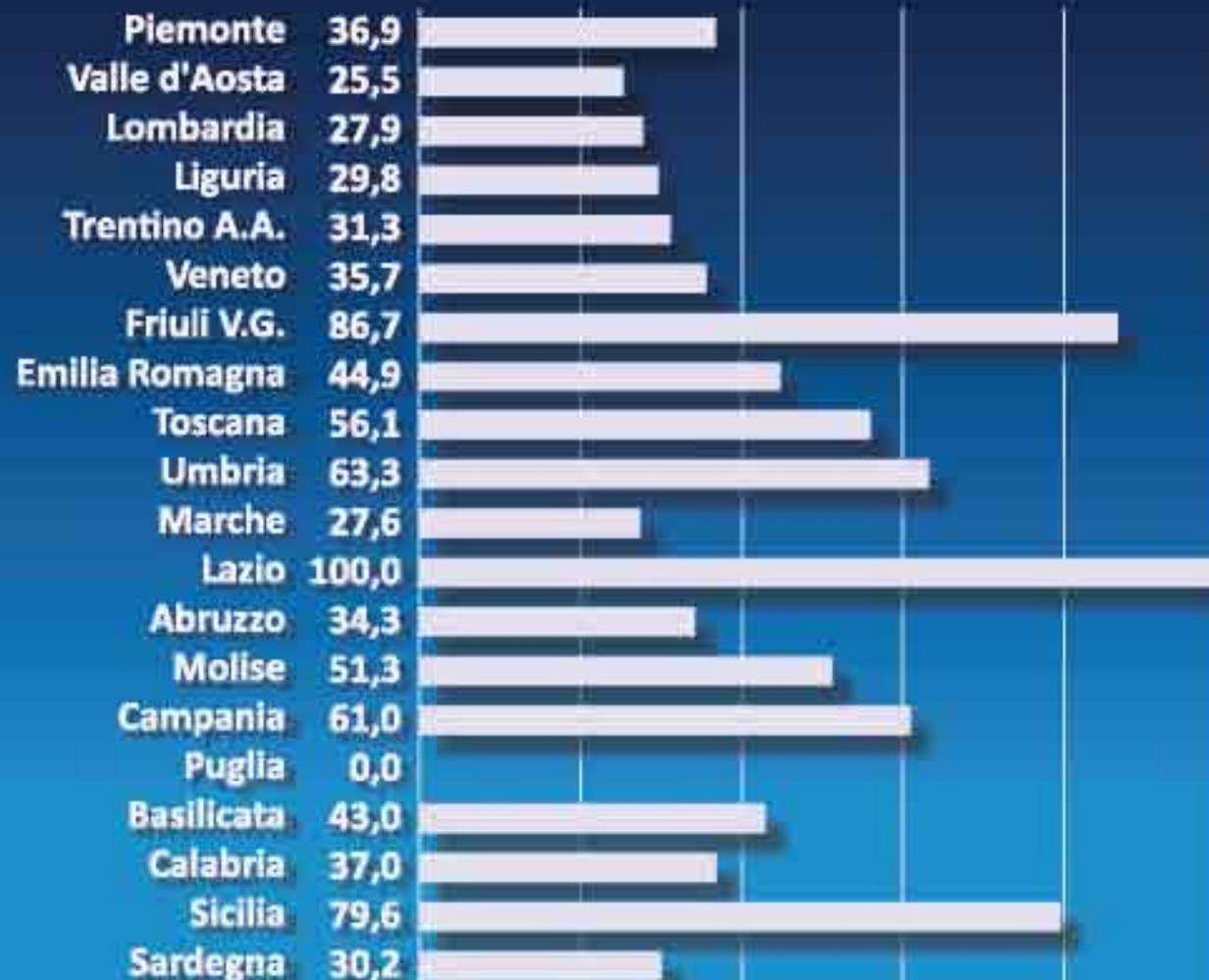
## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

*Indice di posti letto in regime di day hospital*

### DAY HOSPITAL

(SCALA 0 - 100)

Posti letto in regime di day hospital per 1.000 abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### *Indice di posti letto residenziali*

#### POSTI LETTO RESIDENZIALI

(SCALA 0 - 100)

Posti letto nei presidi di assistenza residenziali per 10.000 abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### Indice di utilizzo posti letto

#### UTILIZZO POSTI LETTO

(SCALA 0 - 100)

Tasso di utilizzo dei posti letto\*

\*Rapporto tra giornate di degenza effettive e giornate di degenza potenziali per cento. Le giornate di degenza potenziali sono calcolate moltiplicando il numero di posti letto per i giorni dell'anno in cui il reparto è stato attivo (365 o 366 se tutto l'anno).



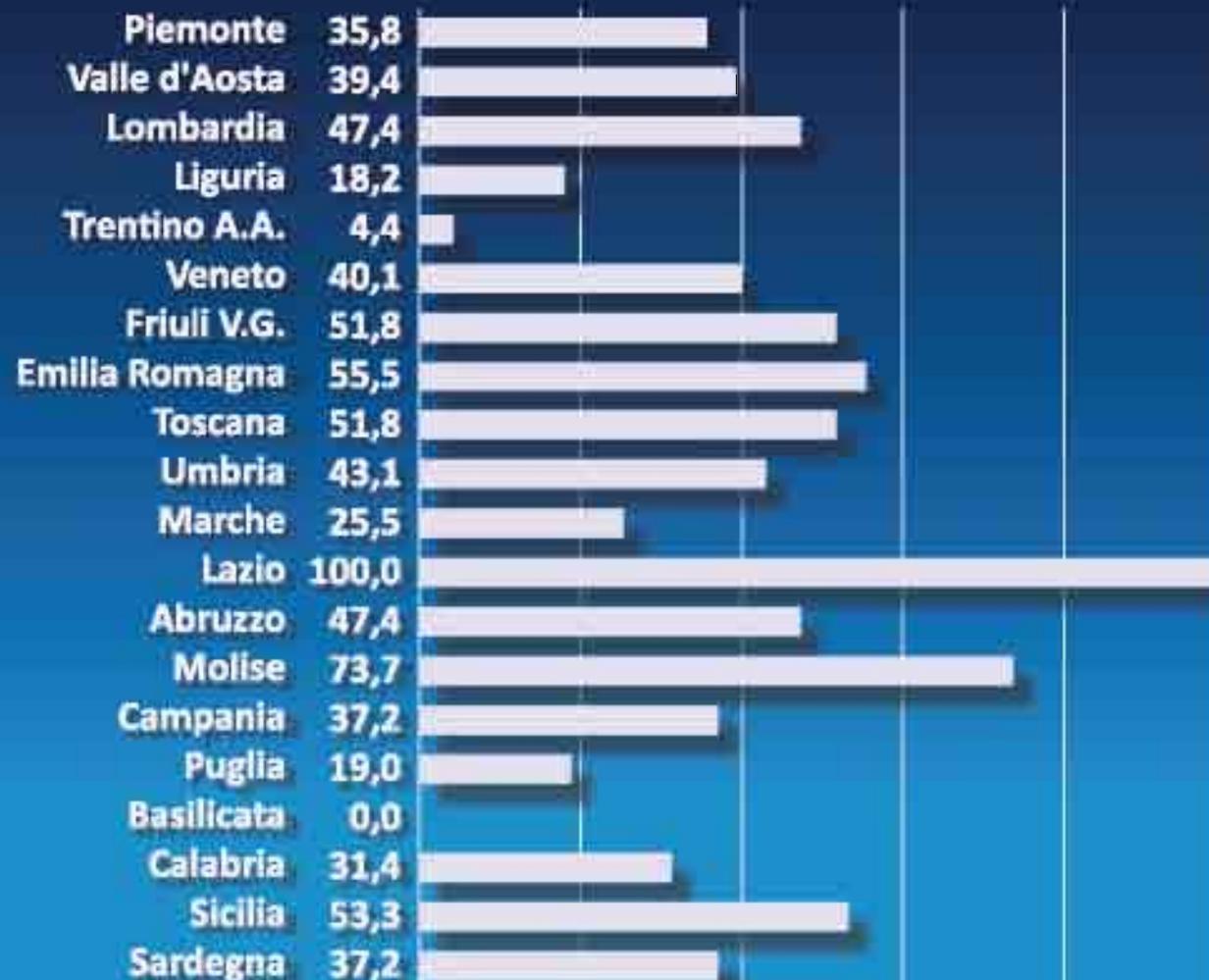
## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### Indice di presenza di medici

#### MEDICI

(SCALA 0 - 100)

Medici per 1.000  
abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

*Indice di presenza di personale sanitario ausiliario*

### PERSONALE AUSILIARIO

(SCALA 0 - 100)

Personale sanitario  
ausiliario per 1.000  
abitanti



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

*Indice di rapporto assistiti/medici*

### ASSISTITI/MEDICI

(SCALA 0 - 100)

Assistiti per medico  
(invertito)



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

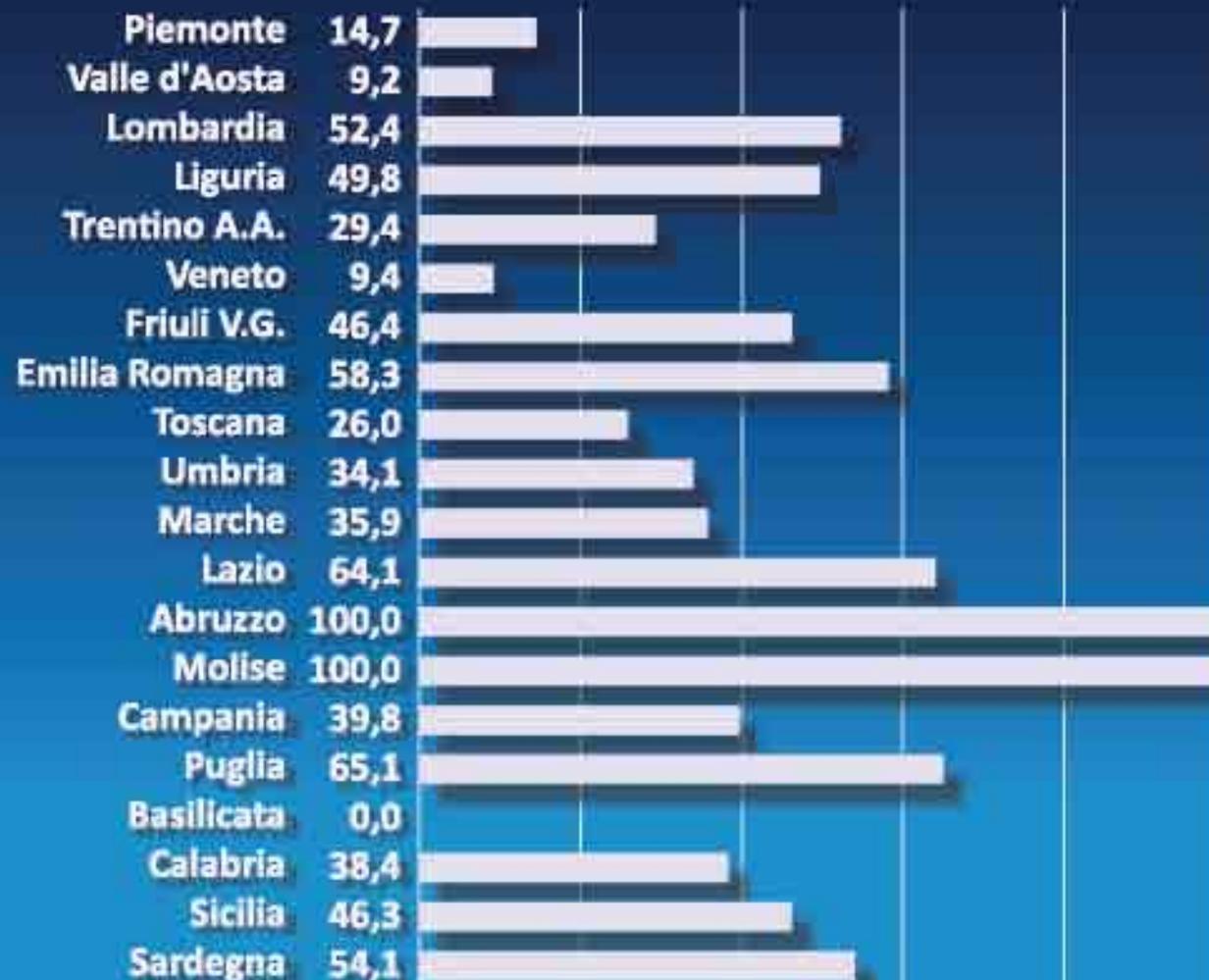
### *Indice di presa in carico ospedaliera*

#### **PRESA IN CARICO OSPEDALIERA**

(SCALA 0 - 100)

Tasso di ospedalizzazione\*\*

\*\* Rapporto tra degenze e popolazione media residente per mille.



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### Indice di stanzialità sanitaria

#### STANZIALITÀ SANITARIA

(SCALA 0 - 100)

Percentuale di popolazione che usufruisce dei servizi erogati nella Regione di residenza.



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### *Indice di ricorso al pronto soccorso*

#### PRONTO SOCCORSO

(SCALA 0 - 100)

Tasso di ricorso al pronto soccorso (invertito)



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### *Indice prossimità dei servizi di pronto soccorso*

#### PROSSIMITÀ DEL PRONTO SOCCORSO

(SCALA 0 - 100)

Famiglie che dichiarano difficoltà a raggiungere il pronto soccorso su 100 famiglie della stessa zona (invertito)



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### Indice di presenza dei consultori

#### CONSULTORI

(SCALA 0 - 100)

Consultori materno-  
infantili per 100.000  
donne in età 15-49  
anni



## INDICATORI DELL'AREA SANITARIA

### *Indice di durata delle file d'attesa*

#### FILE D'ATTESA

(SCALA 0 - 100)

Persone che si sono recate alla Asl e hanno riscontrato una durata della fila superiore ai 20' su 100 utenti di 18 anni e più della stessa zona (invertito)





RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI  
**FOCUS SULLA NON AUTOSUFFICIENZA**

## FOCUS SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Testo Unificato, presentato alla Camera per l'istituzione di un fondo per il sostegno dei non autosufficienti, precisa che: "Sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione".

In Italia, dei quasi 7 milioni di cittadini con almeno sei anni di età, che si autodichiarano affetti da una qualche disabilità permanente, circa 3 milioni dichiarano una disabilità grave (ISTAT, 2001). La valutazione della non autosufficienza coinvolge molteplici aspetti della vita della persona tra i quali la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione ambientale. La non autosufficienza implica una modificazione nell'organizzazione della vita ed il sopraggiungere di nuove necessità, sia per chi sta male che per chi si prende cura di lui.

Sul sito web dedicato esclusivamente alle persone della terza età la non autosufficienza viene definita come "quella condizione in cui l'autonomia personale, economica, domestica e sociale è in parte o del tutto compromessa e pertanto comporta la necessità di un aiuto esterno. I soggetti permanentemente non autosufficienti sono coloro che sono incapaci di provvedere a se stessi per malattia cronica fisica o mentale, per solitudine, abbandono, indigenza. I soggetti temporaneamente non autosufficienti sono, invece, coloro in cui si manifesta una situazione di temporanea perdita dell'autonomia fisica o psichica."

Molteplici sono le definizioni di non autosufficienza. Dopo la Legge n.328/00 che nell'art 16 prevede l'erogazione di ".....prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura dei disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;.....", si è ancora di più accesa la discussione su chi fossero realmente le persone non autosufficienti a cui erogare queste prestazioni.





In base alla ricognizione fatta dalla rivista bimestrale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali nel 2003, le Province autonome di Trento e Bolzano e la maggioranza delle Regioni hanno previsto l'erogazione dei contributi, anche se in tempi e modalità molto diversi.

In assenza di politiche nazionali e di risorse specifiche relative alla *Long Term Care*, le Regioni hanno previsto alcuni interventi in materia, introducendo contributi per la non autosufficienza in diverse forme: 1) Contributi economici alle famiglie che gestiscono anziani non autosufficienti; 2) Voucher socio- sanitari; 3) Fondo per la non autosufficienza (previsto unicamente dalle Province Autonome di Trento e Bolzano).

I criteri di definizione di non autosufficienza utilizzate dalle singole regioni sono purtroppo molto eterogenei e spesso le normative regionali lasciano libero arbitrio nella determinazione dei parametri utilizzati per individuare una persona non autosufficiente, ai Comuni, alle ASL e alle Unità di Valutazione, siano esse Geriatriche, Multidisciplinari o dell'Handicap. Riassumendo quanto scritto nelle normative regionali, si nota che quando si parla di non autosufficienza si fa riferimento:

- alle persone anziane non autosufficienti (di 65 anni e più nel caso dell'Emilia Romagna, di 75 anni e più nel caso della Lombardia, di 80 anni e più nel caso dell'Umbria);
- alle persone con una pensione di invalidità civile e/o con una indennità di accompagnamento (nel caso della Provincia Autonoma di Trento e Bolzano e nel caso dell'Umbria);
- alle persone che sono state valutate come non autosufficienti da apposite commissioni oppure di persone con disabilità gravi (nella fattispecie si fa riferimento a "minori con problemi di cura familiare" in Liguria, a "disabili ed altre persone non autosufficienti affette da patologie gravi in fase terminale o irreversibile" in Emilia Romagna, a "persone con disabilità di tipo fisico o psichico" nelle Marche e a "persone con handicap gravi" in Sardegna).



Spesso in molte regioni i criteri relativi alla sfera salute sono affiancati, al fine dell'erogazione delle prestazioni, a criteri relativi alla situazione economica della persona non autosufficiente (ad esempio in Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Sicilia).

In tutte le Regioni risultano, invece, sempre presenti indicazioni ed obiettivi volti a potenziare la rete dei servizi territoriali e, prima di tutto, il sistema di cure domiciliari.

Dall'analisi di tutte le definizioni presentate, si evince che spesso come contingente di riferimento in materia di non autosufficienza si considerano o tutte le persone con disabilità o solo le persone anziane; in tutti i casi non viene quasi mai esplicitato cosa si comprende nel concetto di non autosufficienza.

Nel momento in cui il concetto viene definito si fa principalmente riferimento alla difficoltà di svolgere le "ricorrenti azioni quotidiane"; inoltre la maggior parte delle scale utilizzate dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare, di Handicap o Geriatrica contengono tra i diversi assi di valutazione anche quello relativo alle capacità funzionali e motorie (ad esempio: le ADL, le IADL, Bina, l'indice di Barthel, FIM).

Le aree funzionali considerate nelle ADL riguardano: autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare.

La scala di misura è formata da quesiti finalizzati alla rilevazione dello stato di disabilità nell'uso di strumenti (come usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, assumere medicine, gestire le proprie finanze).

Il BINA è una scala di disabilità, particolarmente adatta alla popolazione anziana, che analizza 10 items, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min 10, max 100), che indica la gravità della disabilità. Gli items sono: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali.



Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione, tale valore va confrontato col valore soglia, pari a 230. Sono considerati non autosufficienti i soggetti con punteggio superiore a 230.

L'indice di Barthel è una delle scale ADL maggiormente utilizzata. La scala originaria è composta da 15 fattori, sui quali deve essere espresso un punteggio a tre livelli.

Gli items sono rivolti a misurare la disabilità nel: bere da una tazza, alimentarsi, vestirsi (relativamente alla parte superiore del corpo e relativamente alla parte inferiore del corpo), rassettarsi, pulizia personale, controllo degli sfinteri (alvo, vescica), sedersi ed alzarsi dalla sedia, sedersi ed alzarsi dal wc, sedersi ed alzarsi dalla vasca o doccia, camminare su un terreno pianeggiante per 45 metri, salire e scendere le scale, muoversi con la sedia a rotelle.

Il punteggio più alto che può raggiungere l'indice di Barthel originario è pari a 100 ed indica il livello di indipendenza; il livello più alto di gravità è invece rappresentato dal valore 0.

La Functional Independence Measure, FIM, è stata messa a punto negli Stati Uniti da Granger e collaboratori nel 1986. La FIM prevede sette livelli gerarchici di autosufficienza. Tale scala è "patologia indipendente"; pertanto può essere utilizzata da qualsiasi operatore clinico, indipendentemente dal suo ambito specialistico.

La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci a cui viene attribuito un punteggio da 1 a 7 ed è comprensiva di valutazione sulla cura personale (nutrirsi, rassettarsi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, e vestirsi dalla vita in giù, igiene personale), controllo degli sfinteri (vescica, alvo), mobilità (trasferimenti letto-sedia-carrozzina, wc, vasca o doccia), locomozione (cammino, carrozzina, scale), cognitiva (soluzione di problemi, memoria). I livelli funzionali ed i punteggi si distinguono in: Autosufficienza (completa o con adattamenti), non autosufficienza parziale (supervisione o predisposizione/adattamenti), assistenza con minimo contatto fisico, assistenza moderata), non autosufficienza completa (assistenza intensa o globale).



Dai dati provenienti dall'indagine campionaria Multiscopo dell'ISTAT del 1999-2000 sulle "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" che costituisce attualmente l'unica fonte dati in grado di fornire un quadro abbastanza completo, sebbene non esaustivo, delle persone con disabilità.

Sono considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado o di avere molta difficoltà nello svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le Attività della Vita Quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa, e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare).

La stima di persone con disabilità ottenuta utilizzando questa definizione è uguale a 6.980 mila persone, pari al 13% della popolazione di sei anni e più che vive in famiglia.

La stima non comprende né i bambini con un'età inferiore ai 6 anni, né le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, anche grave, sono tuttavia in grado di svolgere tali attività essenziali. La stima inoltre non include le persone con disabilità residenti in istituto.

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, l'ISTAT definisce quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà nella comunicazione.

Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle) o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono soltanto a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.



Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (che sono una parte delle ADL) riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliandosi il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono, infine, comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici), le limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza) e le difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

Si stimano in Italia, in base all'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2milioni 615mila persone con disabilità, pari al 5% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia.

Per quanto riguarda la stima delle persone con disabilità che vivono in residenze e non in famiglia, i risultati della rilevazione sui presidi socio-assistenziali indicano la presenza di 169.160 persone disabili o anziani non autosufficienti ospiti nei presidi socio-assistenziali.

La presenza di disabilità è ovviamente legata all'età: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 19,3%, e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra le persone di 80 anni e più.

Dall'analisi territoriale emerge un differenziale Nord-Sud.

In particolare, si osserva un tasso di disabilità del 6% nell'Italia insulare e del 5,2% in quella Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,4% nel Nord-Est e al 4,3% nel Nord-Ovest. Nell'Italia Centrale si ha un tasso di disabilità del 4,8%.

Il gradiente Nord-Sud si osserva anche standardizzando i tassi di disabilità. Tale gradiente può essere in parte dovuto ad un rischio maggiore di disabilità nelle regioni del Sud. Tuttavia non va trascurato il possibile effetto combinato di due fattori, uno di natura strutturale e uno di natura culturale.

Il fattore culturale potrebbe essere rappresentato dalla maggiore propensione di nuclei familiari residenti nel Meridione a tenere in famiglia le persone con disabilità.

Il fattore strutturale, costituito dalla carenza dell'offerta di strutture residenziali specifiche, favorirebbe il divario osservato in quanto renderebbe inevitabile la permanenza in famiglia della persona disabile. Dall'indagine Istat è possibile identificare quattro tipologie di disabilità:

- il confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa) riguarda il 2,1% della popolazione di 6 anni e più. La percentuale di persone confinate raggiunge circa il 25% Tra le persone di 80 anni e più;
- le persone affetta da disabilità di tipo funzionale (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare) rappresentano il 3% della popolazione di 6 anni e più. Tra i 75 ed i 79 anni, sono circa il 12% le persone che presentano tale tipo di limitazione e che quindi necessitano dell'aiuto di qualcuno per far fronte a queste esigenze elementari. Tra gli ultraottantenni, circa 1 persona su 3 ha difficoltà a svolgere autonomamente le fondamentali attività della vita quotidiana;
- le disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi) sono presenti nel 2,2% delle persone di 6 anni e più, con quote molto più alte dopo i 75 anni: nella fascia d'età 75-79 anni la quota arriva al 9,9% e nelle persone di 80 anni e più raggiunge il 22,5%;
- le disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare) coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più. Al fine di conoscere il numero dei ciechi e dei sordi, è possibile analizzare anche i dati relativi alle invalidità permanenti rilevate sempre dalla stessa indagine dell'ISTAT, dalla quale risultano circa 352mila ciechi totali o parziali, 877mila persone con problemi dell'udito più o meno gravi e 92mila sordi prelinguali (sordomuti).





Le stime riportate si basano su una definizione molto restrittiva di disabilità, quello secondo cui vengono considerate disabili le persone che nel corso dell'intervista hanno dichiarato una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana.

Se consideriamo, in generale, le persone che hanno manifestato una "apprezzabile difficoltà" nello svolgimento di queste funzioni la stima allora passa da 2milioni 615mila (5% della popolazione) a 6milioni 980mila persone, pari al 13% della popolazione sempre di 6 anni e più che vive in famiglia; dato vicino a quello dei principali paesi industrializzati. Sfuggono tuttavia le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere tali attività essenziali.

Dall'analisi dei bisogni socio-sanitari condotta dall'ISTAT, (analisi di tipo descrittivo) si evince che tra le persone con disabilità moderata o grave, 6.900 mila l'80,7% delle persone definite come non autosufficienti ha un'età superiore ai 65 anni e ben il 64,6% ha un'età superiore ai 75 anni.

Le stesse percentuali calcolate sulle persone con disabilità moderata o grave "autosufficienti" sono rispettivamente pari a 62,7% e 35,5%. Tra i non autosufficienti coloro che dichiarano di avere una riduzione di autonomia continuativa o comunque per esigenze importanti sono il 78,2% contro il 15,5% degli "autosufficienti". Se si passa a considerare la riduzione di autonomia non solo continuativa ma anche saltuaria le percentuali aumentano passando rispettivamente all'82,8% e al 32,4%.

Per quanto riguarda la presenza di malattie croniche gravi i non autosufficienti risultano essere più multicronici in confronto agli "autosufficienti" infatti il 32% dei non autosufficienti ha due malattie croniche o più contro il 16,4% degli "autosufficienti".

Questo sembra ripercuotersi anche sull'autopercezione dello stato salute infatti, il 78,7% dei non autosufficienti dichiara di stare male o molto male contro il 30,4% degli "autosufficienti".



Relativamente alla presenza di difficoltà strumentali nella vita di tutti i giorni sono state considerate le seguenti IADL: utilizzo del telefono; utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici e/o privati; assunzione delle medicine in modo autonomo; gestione delle proprie finanze. Le persone non autosufficienti hanno in percentuale maggiori difficoltà di tipo strumentale, infatti, il 64,1% dei non autosufficienti né presenta due o più, mentre ben il 77,5% degli "autosufficienti" non ha alcuna difficoltà di tipo strumentale.

Ma quali sono invece le differenze relative alla domanda di servizi socio-sanitari che hanno trovato una risposta da parte della rete informale che circonda la persona con disabilità sia essa "autosufficiente" che non autosufficiente?

Tra le persone non autosufficienti e quelle "autosufficienti" non sembra esserci una differenza significativa per quanto riguarda gli aiuti ricevuti di tipo economico e gli aiuti ricevuti nell'esecuzione della propria attività di studio o di lavoro forniti dalla rete informale. Sembrano, invece, essere sostanziali le differenze relative agli aiuti per prestazioni sanitarie (iniezioni, medicinali, ecc.) 43,2% NA 23,5% A), compagnia (52,1% NA, 33,0% A), accudimento/assistenza (50,7% NA, 22,0% A), attività domestiche (44,6% NA, 28,5% A), accompagnamento/ospitalità (31,7% NA, 16,1% A), effettuazione pratiche burocratiche (40,7% NA, 26,8% A).

Le differenze restano anche quando si osservano i comportamenti relativi all'utilizzo dei servizi privati a pagamento, infatti, il 24,4% tra le famiglie dei non autosufficienti hanno una persona che assiste un anziano o disabile contro una percentuale pari al 3,4% tra le famiglie degli "autosufficienti."

Le persone non autosufficienti così come sono state individuate, stanno ovviamente peggio, rispetto al restante contingente delle persone con disabilità moderata o grave, sia dal punto di vista della salute oggettiva sia per quanto riguarda le difficoltà nella vita di tutti i giorni.



Queste difficoltà più che il reale stato di salute fanno la differenza nel momento in cui si analizzano i bisogni socio-sanitari dei due gruppi. Infatti, mentre non si trovano sostanziali differenze nel ricorso ai servizi sanitari dovuti al differente stato di salute oggettivo, si trovano invece molte differenze nell'utilizzo di aiuti informali che permettono alla persona non autosufficiente di affrontare tutte quelle difficoltà che la vita di tutti i giorni ci pone davanti.

Tale considerazione è confermata anche dall'indagine qualitativa realizzata presso 11 famiglie<sup>1</sup> italiane composte da almeno un malato non autosufficiente.

---

<sup>1</sup> Le interviste individuali sono state condotte face to face sulla base di una traccia semi-strutturata e realizzate nel mese di settembre 2010, con una durata media di 1h circa. Il campione è costituito da 11 famiglie al cui interno è presente una persona non autosufficiente.

Il campione è stato distribuito in tre regioni italiane: Lazio, Marche e Campania.

Caratteristiche del campione Regione Lazio

- 1 famiglia piccolo paese nella Provincia di Roma - di ceto sociale medio-alto
- 1 famiglia paese nella Provincia di Roma ceto sociale medio-basso
- 3 famiglie Comune di Roma - ceto sociale alto

Caratteristica del campione Regione Campania:

- 1 famiglie nella Provincia di Napoli - ceto sociale medio
- 1 famiglia nella Provincia di Napoli - ceto sociale basso
- 1 famiglia Comune di Napoli - ceto sociale medio-alto.

Caratteristica del campione Regione Marche:

- 1 famiglia nella Provincia di Fermo - ceto sociale medio
- 1 famiglia nella Provincia di Ascoli Piceno - ceto sociale basso
- 1 famiglie nella Provincia di Fermo - ceto sociale basso



L'indagine è stata realizzata con lo scopo di individuare, a livello generale, le difficoltà incontrate dalle famiglie al cui interno sia presente un malato non autosufficiente. Sono state esplorate le seguenti aree tematiche:

- l'iter diagnostico e terapeutico che la famiglia del paziente ha affrontato;
- le figure professionali coinvolte;
- le strutture sanitarie coinvolte se pubbliche o private;
- il supporto economico ricevuto dalle famiglie;
- le aspettative.

Le patologie del familiare non autosufficiente<sup>2</sup> a cui abbiamo fatto riferimento sono state:

- SLA – Sclerosi Laterale Amiotrofica;
- Paraplegia (nelle sue diverse forme);
- Malato Terminale Oncologico;
- Autismo;
- Encefalopatia degenerativa (Alzheimer)

---

<sup>2</sup> Paziente non autosufficiente si intende «la persona che, a causa di una contemporanea rottura dell'equilibrio biologico, psicologico e sociale, è in una situazione di malattia che si protrae nel tempo, malattia che o lo rende incapace di provvedere a se stesso se non con l'aiuto di altre persone, oppure determina la necessità di interventi di terzi in grado di soddisfare le esigenze che il soggetto stesso non è in grado di manifestare».



La mancanza di un adeguato supporto economico da parte delle istituzioni e la percezione di essere abbandonati sono i principali motivi di insoddisfazione riscontrate fin dalle prime dichiarazioni degli intervistati.

Dai primi sintomi alla diagnosi della patologia, tutte le famiglie, indipendentemente dalla regione di appartenenza e dalla classe socio-economica, hanno affrontato un “calvario” che le ha portate a cambiare radicalmente la propria vita.

In ogni famiglia, almeno un componente ha rinunciato a condurre una vita “normale” per dedicarsi alla cura del malato non autosufficiente.

*“Mia figlia è venuta a vivere con noi con la sua famiglia, perché è lei che si occupa della madre. Io devo lavorare. Altrimenti come campiamo?”.*

*Marito della paziente di SLA di 55 anni.*

La prima figura professionale a cui gli intervistati si sono rivolti è sempre stata il medico di base, al quale sono succeduti moltissimi specialisti, in particolar modo neurologi.

In questa prima fase, le strutture sanitarie coinvolte sono state prevalentemente quelle pubbliche, anche per le famiglie aventi un’assicurazione privata.

Le lunghe attese, le difficoltà a comunicare con i medici, i posti letto limitati e la scarsa umanità da parte dei medici, hanno costretto alcune di queste famiglie a rivolgersi al privato per la seconda fase dell’iter terapeutico.



L'impatto emotivo di tutte le famiglie è stato "terribile". La vita di tutti i membri è cambiata radicalmente: figli mai sposati per rimanere a casa con il malato, genitori anziani costretti ancora a lavorare per pagare le spese del paziente, un familiare, in genere la madre, che ha dovuto rinunciare al lavoro e alla propria vita per dedicarsi esclusivamente al paziente, vita sociale annullata, parenti ed amici scomparsi, estrema solitudine, rassegnazione e demoralizzazione da parte di tutte le famiglie.

Le famiglie con assicurazione privata, tre su undici intervistate, si sono rivolte esclusivamente a strutture sanitarie private, a causa della scarsa tempestività e della poca professionalità a volte riscontrata nel pubblico.

Grazie alla loro situazione economica, infatti, si sono potuti avvalere di personale infermieristico, fisioterapico e di operatori professionisti che garantiscano un'assistenza domiciliare completa al paziente e che permette loro di continuare a condurre una vita quasi "normale".

Queste famiglie lamentano comunque il fatto di aver dovuto farsi carico della situazione in piena autonomia a causa di uno scarsissimo assistenzialismo da parte delle strutture pubbliche e sociali e di dover sostenere delle ingenti spese economiche proprio per l'insistente supporto pubblico.

Tutte le famiglie percepiscono mediamente una pensione di invalidità di circa 400-500 euro mensili e lamentano l'esiguità del rimborso rispetto alle spese necessarie, infatti, mentre per i medicinali e le prestazioni sanitarie necessarie alle cure sono garantiti dal SSN, non esistono agevolazioni per le altre spese indispensabili: dal cibo, alla benzina, alla necessità di acquistare automobili adeguate all'esigenza del malato, all'assistenza domiciliare, alla necessità di medici specialisti privati.

Solamente tre famiglie intervistate possiedono un'assicurazione privata, che permette di far fronte alle spese extra necessarie al paziente.

Le famiglie che non hanno avuto la possibilità di rivolgersi al privato, loro malgrado, hanno continuato ad affidarsi a strutture pubbliche, lamentando un "calvario" ancora in corso.



Interminabili liste di attesa, poca sensibilità da parte di alcuni medici, ricorso a “raccomandazioni” per ottenere un ricovero ospedaliero tempestivo ed uno scarso, se non assente, sostegno psicologico.

Alcune famiglie hanno avuto la possibilità di affidarsi a centri convenzionati, dove la situazione sembra essere leggermente migliore rispetto al pubblico.

Oltre al medico di base ed alle diverse figure professionali coinvolte, le famiglie si sono rivolte ad associazioni e cooperative sociali per chiedere assistenza.

Molto spesso, però, gli operatori inviati, non hanno riscosso il gradimento da parte delle famiglie, le quali hanno lamentato la scarsa professionalità e competenza degli stessi.

Le ore di assistenza domiciliare, inoltre, sono considerate esigue rispetto alle necessità del paziente: tre ore per tre giorni alla settimana rispetto alla necessità di un’assistenza h24 del paziente.

Una differenza notevole tra gli operatori domiciliari delle Marche e quelli di Lazio e Campania, riguarda la continuità del servizio e la competenza. Nelle Marche, infatti, tutte le famiglie sono seguite da un operatore, che è sempre lo stesso da molti anni e questo fa sì che si crei un rapporto di fiducia tra l’operatore e la famiglia che ha la percezione di non essere stata abbandonata.

Nel Lazio e in Campania, di contro, è percepita una carenza molto profonda per quanto riguarda l’assistenza domiciliare pubblica.

Gli operatori comunali o di cooperative sociali, sono da considerati poco attenti alle necessità del malato e le ore a disposizione sono considerate insufficienti a soddisfare i bisogni di un malato che necessita di assistenza continuativa.

Tutte le famiglie vorrebbero avere maggiori agevolazioni in quanto familiari di un paziente non-autosufficiente.



Nello specifico chiedono:

- rimborsi benzina
- agevolazioni fiscali per l'acquisto di automobili adeguate all'esigenze del malato
- contributi per l'acquisto di automobili adeguate per il trasporto del malato
- assistenza domiciliare almeno di 8 ore al giorno gratuita con personale qualificato
- rimborsi per visite mediche private (es. dentista, pediatra, ortopedico etc...)
- assistenza medica h24 in caso di necessità
- infermieri e fisioterapisti domiciliari gratuiti
- supporto psicologico gratuito per tutti i membri della famiglia;
- maggiori fondi economici in ambito pubblico
- trasporti gratuiti per strutture ospedaliere
- facilitazioni in ambito lavorativo per i familiari del paziente (es. maggiori ore di permesso e agevolazioni nelle graduatorie)
- pensione di invalidità di almeno 800 euro mensili
- supporto psicologico gratuito.

Tutti gli intervistati, lamentano uno stato di demoralizzazione e di impotenza. C'è una profonda sfiducia nei confronti dello Stato, degli Enti Previdenziali e delle cooperative sociali, soprattutto nelle famiglie di Lazio e Campania.

*“Non ho più un amico. Siamo sempre chiusi in casa”*

*Padre di tetraplegico di 50 anni.(Campania)*

*“Sei solo. Nessuno ti aiuta... Gli Enti Previdenziali non servono a nulla. Sono solo parole e non fatti”*

*Madre di cerebrolesa di 45 anni (Campania)*

*“Se hai i soldi vai avanti altrimenti non ce la fai. Noi siamo fortunati, riusciamo a fare tutto privatamente. Non oso pensare a chi è meno fortunato di noi. Sembra di stare in Cambogia... l'Italia fa schifo”.*

*Sorella di una paziente con Sindrome di Rett di 28 anni.(Lazio)*

### **Le famiglie intervistate nel Lazio**

Le prime differenze riscontrate, tra le famiglie intervistate<sup>3</sup>, sono di natura economica. Le tre famiglie benestanti di Roma possiedono un'assicurazione privata e sono in grado di trovare autonomamente delle risposte ai loro problemi, facendo affidamento su strutture mediche e personale sanitario privato. Pagano un operatore domiciliare che garantisce un'assistenza continuativa al malato e che permette ai familiari di condurre una vita “dignitosa”; si avvalgono, perlopiù, di un infermiere e di un fisioterapista privati. Diversamente, la famiglia residente nel piccolo paese in provincia di Roma, non è economicamente in grado di avvalersi di personale sanitario privato, di conseguenza, si affida al Comune di appartenenza che attraverso associazioni e cooperative, offre gratuitamente assistenza domiciliare.

---

<sup>3</sup> Caratteristiche del campione Regione Lazio

1 famiglia piccolo paese nella Provincia di Roma - di ceto sociale medio-alto

1 famiglia paese nella Provincia di Roma ceto sociale medio-basso

3 famiglie Comune di Roma - ceto sociale alto



La famiglia, si ritiene non soddisfatta della competenza degli operatori e lamenta l'inutilità di un servizio che viene garantito solo per circa due ore al giorno per tre volte alla settimana.

Inoltre, critica la mancanza di professionalità di questi operatori, che cambiano continuamente e che si limitano a "fare compagnia al malato". Questo tipo di servizio non aiuta come dovrebbe i familiari, anzi, spesso complica la gestione dello stesso.

Tutte le famiglie del Lazio intervistate, lamentano l'esiguità della pensione di invalidità percepita. Una di esse afferma di spendere circa 1000 euro al mese per il paziente e di ricevere circa 500 euro di pensione. Solo in alcuni casi i farmaci vengono forniti gratuitamente dal SSN.

La famiglia residente nella provincia di Roma riceve un servizio completo ed efficiente e si ritiene soddisfatta dell'assistenza offerta dal servizio pubblico. Il paziente è un malato oncologico terminale seguito da un Hospice di zona, il quale garantisce un'assistenza medica h24, personale sanitario e fisioterapico gratuito tutti i giorni e fornisce alla famiglia del malato tutto il necessario per le cure dello stesso. La famiglia non sostiene alcuna spesa extra.

La maggior parte delle famiglie intervistate, pensano che la differenza di professionalità tra un operatore di cooperativa che svolge servizio pubblico ed uno privato è data dalla sua retribuzione: l'operatore privato è ben pagato, quindi lavora bene.

Le famiglie, dunque, chiedono maggiori fondi per pagare gli operatori "pubblici", in modo tale che il personale sia motivato anche dal punto di vista economico.

*"Siamo in Cambogia, nel profondo Sud."*

*Sorella di paziente con sindrome di Rett di 28 anni.*



*“Ti senti ricattato, non sei più libero di scegliere perché devi sempre rendere conto a qualcuno”*

*Sorella di paziente con sindrome di Rett di 28 anni.*

*“Gli enti previdenziali non faranno nulla, non servono a nulla”*

*Madre di cerebrolesa di 45 anni.*

*“Gli enti previdenziali e le assicurazioni private, non coprono le spese per le malattie degenerative. Devi fare tutto da sola.”*

*Moglie di paziente con Alzheimer di 50 anni.*

### **Le famiglie intervistate in Campania**

Come nel Lazio, anche in Campania, indipendentemente dal livello socio-economico di appartenenza, le famiglie intervistate lamentano una mancanza di fondi e di sussidi adeguati alle necessità del malato e dei familiari stessi.

Non tutte le prestazioni sanitarie (ad es. dentista) e non tutti i medicinali necessari vengono forniti gratuitamente dal SSN, di conseguenza alcune spese gravano direttamente sulla famiglia. Le due famiglie appartenenti ad un livello sociale medio-alto, dichiarano di essersi rivolte a strutture mediche private a causa della scarsa tempestività della sanità pubblica e una di queste, di aver fatto ricorso più volte a delle raccomandazioni per poter avere un ricovero tempestivo in una struttura pubblica.



Tutte le famiglie si sono rivolte al Comune di residenza per avere dei sussidi economici, ma nessuna di loro li ha ottenuti. Non hanno saputo riferire alcuna spiegazione.

La famiglia di ceto basso della Campania ha richiesto un'assistenza h24 per il malato, ma ha ottenuto un'assistenza di 2 ore al giorno per circa sei mesi della quale sono rimasti insoddisfatti a causa, dichiarano, della mancanza di professionalità e competenza degli operatori domiciliari.

Tutte le famiglie hanno un fisioterapista domiciliare gratuito che, purtroppo, cambia ogni mese.

Solo una famiglia può permettersi di pagare privatamente anche un infermiere mentre le altre sono costrette a portare in strutture pubbliche il paziente per le cure necessarie.

*“Mia figlia non ha mai avuto un fidanzato e non intende sposarsi per stare dietro al fratello. E' vita questa?”*

*Padre del malato di tetraparesi di 50 anni.*

*“Ho 78 anni e da solo devo occuparmi di mio figlio. Non ti aiuta nessuno, sei solo e ti lasciano solo. Anche i parenti”*

*Padre del paziente tetraplegico.*

*“Chi assisterà mio figlio quando moriremo noi?”*

*Padre del malato di tetraplegia spastica.*

## Le famiglie intervistate nelle Marche

Le famiglie intervistate<sup>4</sup> hanno da subito dichiarato la loro soddisfazione nei confronti dei servizi sociali presenti sul territorio considerati molto funzionali. Apprezzamento anche nei confronti delle cooperative sociali. Un efficiente servizio di trasporto gratuito del malato con pullman attrezzati ogni qual volta ci sia la necessità di uno spostamento; la Croce Azzurra mette a disposizione il trasporto gratuito in ambulanza da e verso gli ospedali. Molto apprezzata la presenza di operatori esperti nelle scuole per assistenza al malato.

*“Qui è un paradiso”. Il bambino, ormai maggiorenne, è cresciuto in un ambiente sano: a scuola lo hanno sempre seguito al meglio, gli operatori scolastici sono stati estremamente competenti e sensibili, c’era e c’è la cultura dell’integrazione e non dell’isolamento dell’handicappato, “non era mi figlio che doveva far ridere gli altri bambini, ma erano loro a far divertire lui”.*

*Madre di un ragazzo tetraplegico*

Solo una famiglia affronta le visite neurologiche da specialisti privati. Ogni famiglia ha un’assistente domiciliare fissa da molti anni che opera per tre volte alla settimana per circa due ore. Nonostante la soddisfazione per la professionalità e la continuità del servizio, le famiglie vorrebbe maggiori ore a disposizione, per permettere ai familiari di condurre una vita “normale”.

---

<sup>4</sup> Caratteristica del campione Regione Marche:

1 famiglia nella Provincia di Fermo - ceto sociale medio

1 famiglia nella Provincia di Ascoli Piceno - ceto sociale basso

1 famiglie nella Provincia di Fermo - ceto sociale basso

A stylized tree graphic on the left side of the page. The tree has a thick trunk and branches that curve upwards and outwards. The foliage is represented by numerous concentric circles of varying sizes, creating a textured, circular canopy. The roots of the tree are visible at the bottom, spreading out across the lower portion of the frame. The entire graphic is rendered in a light blue color against a darker blue background.

E' evidente, che pur soddisfatti dei servizi presenti sul territorio, gli aiuti concessi dalle strutture presenti sul territorio non sono sufficienti a garantire il sostegno e la cura del malato.

In tutte le famiglie, un componente ha dovuto lasciare il lavoro e modificare le proprie abitudini di vita per assistere in modo continuativo il malato.

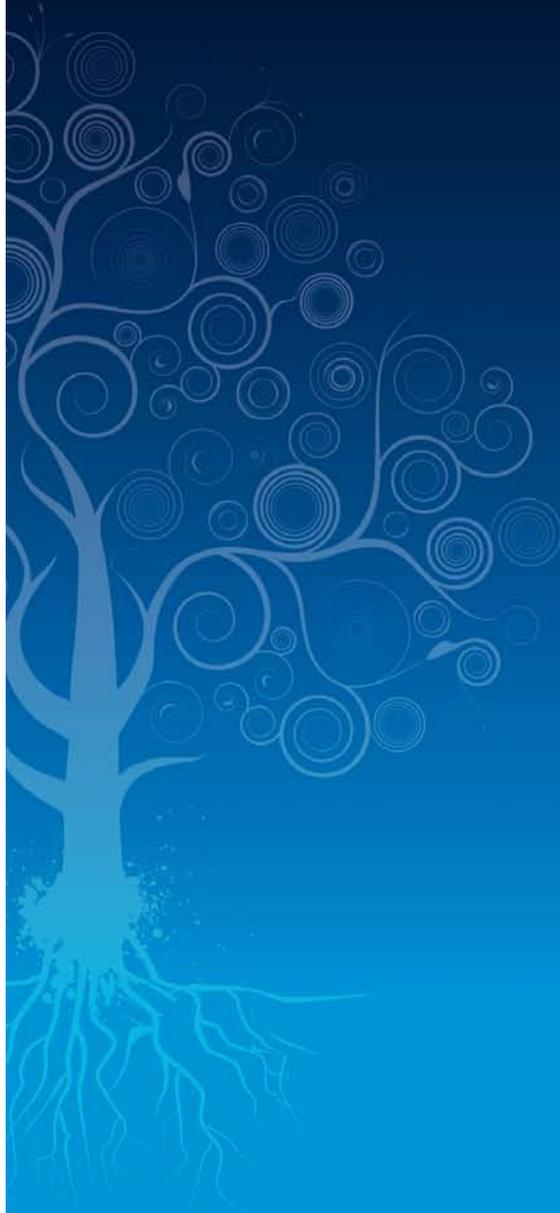
Dal punto di vista economico, nessuna delle famiglie intervistate possiede un'assicurazione privata e i malati ricevono la pensione di invalidità di circa 250 euro e l'accompagnamento sociale di circa 400 euro. Tale rimborsi non sono ritenuti sufficienti a sostenere le spese per la cura del malato.



RETE SOCIALE E SISTEMA DELLA SALUTE NELL'ITALIA DELLE REGIONI  
**BIBLIOGRAFIA**



- Quale welfare per l'Italia delle Regioni, Associazione Nuovo Welfare, Avverbi edizioni, 2003
- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalli A., Corso di sociologia, 1997, Bologna, Il Mulino
- Balbo L., timetocare. politiche del tempo e diritti quotidiani, Milano, Franco Angeli 1987, nonché il fascicolo monografico di "democrazia e diritto", n. 2-3, anno xxviii, 1988;
- Conti Odorisio G., "Riflessioni sulla cittadinanza politica", "trimestre", 1997, xxx 3-4, stampato nov.1998, il saggio contiene inoltre un'ampia bibliografia e un'interessante appendice, costruire la cittadinanza europea attraverso l'istruzione e la formazione, tratta dal documento presentato al gruppo di riflessione su educazione e formazione in europa operante presso la d.g. xxii di Bruxelles; il lavoro è confluito in seguito in volume edito dalla commissione europea: accomplir l'europe par l'éducation et la formation, Bruxelles, 1997, trad. it. a cura di Fabrizio Scanzio, Roma 1998.
- Di Crisofaro G., Identità e cultura: per un'antropologia della reciprocità, 1993, Roma, Studium
- Freud Sigmund, L'io e l'Es, Boringhieri, Torino, 1976,
- Giddens A., Sociologia, 1994, Bologna, Il Mulino
- Giddens A., Il mondo che cambia, 2000, Bologna, Il Mulino
- Locke John, Saggio sull'intelletto umano, Utet, Torino, 1972.
- AA.VV., Economia, politica e morale nelle società occidentali, Edb, Bologna 1990.
- Abruzzese, A. - Colombo, F., Dizionario della pubblicità, Zanichelli, Bologna 1994.
- Accornero, A., Il mondo della produzione, il Mulino, Bologna 1994.
- Acquaviva, S., Progettare la felicità, Laterza, Roma-Bari 1994.
- Adorno, T.W., Minima moralia, Einaudi, Torino 1979.
- Airdi, L. - Beltrame, G., Pianificazione dell'ambiente e del paesaggio, Angeli, Milano 1987.
- Alberoni, F. - Veca, S., L'altruismo e la morale, Garzanti, Milano 1988.
- Alberti, M. - Bettini, V. - Falqui, E., Il bilancio di impatto ambientale, Clup-Clued, Milano 1984.
- Alberti, M. - Solera, G. - Tsetsi, V., La città sostenibile, Angeli, Milano 1994.
- Aron, R., L'oppio degli intellettuali, Editoriale Nuova, Milano 1979.



- Asor Rosa, A., Trasformisti d'Italia, in "l'Unità", 27 agosto 1994.
- Associazione italiana editori, Catalogo degli editori italiani 1995, con il Rapporto 1994 sullo stato dell'editoria libraria in Italia di G. Vignini, Editrice Bibliografica, Milano 1994.
- Baechler, J., Les suicides, Calmann-Lévy, Paris 1975.
- Baldwin, P., The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875-1975, Cambridge University Press, New York 1990.
- Banardi, G., La Bibbia del modem, Muzzio, Padova 1994.
- Barbiellini Amidei, G., Il potere, Rizzoli, Milano 1988.
- Bettini, V., L'analisi ambientale, Clup, Milano 1990.
- Biagi, L., Crisi della legalità, in "Rivista di teologia morale", n. 95, 1992.
- Bocca, G., L'inferno, Mondadori, Milano 1992.
- Bodei, R., Comportamenti e valori nella società post-industriale, in A.G. Gargani (a cura di), Il destino dell'uomo nella società post-industriale, Laterza, Roma-Bari 1977 .
- Bonazzi, G., Il tubo di cristallo, il Mulino, Bologna 1993.
- Bonzagni, M. - Gosetti, G., Il mestiere di dirigere nell'amministrazione regionale: le tensioni del rinnovamento, in M. La Rosa (a cura di), Stress e management, Angeli, Milano 1994.
- Borraccetti, V. (a cura di), Eversione di destra, terrorismo, stragi, Angeli, Milano 1986.
- Bourdieu, P., et al., La misère du monde, Seuil, Paris 1993.
- Brunetta, G.P., Buio in sala. Cent'anni di passioni dello spettatore cinematografico, Marsilio, Venezia 1989.
- Burdeau, G., Le liberalisme, Seuil, Paris 1979.
- Cannata, G., Governo dei bacini idrografici, Etaslibri, Milano 1994.
- Capecchi, V. - Livolsi, M., La stampa quotidiana, in G. Fabris (a cura di), Sociologia delle comunicazioni di massa, Angeli, Milano 1989.
- Carboni, C., Vittime di una burocrazia. Diritti dei dipendenti pubblici e diritti dei cittadini, in "il Mulino", n. 2, 1988.



- Lavoro e culture del lavoro, Laterza, Roma-Bari 1991.
- Localismo, europeismo e sviluppo: alcune riflessioni, in "Rassegna sindacale", n. 19, 1994.
- Carboni, C. - Fara, G.M. (a cura di), Il potere in Italia, Koinè, Roma 1993.
- Cassese, S. - Franchini, C. (a cura di), L'amministrazione pubblica italiana. Un profilo, il Mulino, Bologna 1994.
- Castronovo, V. - Tranfaglia, N., La stampa italiana nell'era della televisione 1975-1994, Laterza, Roma-Bari 1994.
- Cavadi, A., Liberarsi dal potere mafioso. Cosa può fare ciascuno di noi qui e subito, Edb, Bologna 1993.
- Cederna, A., Brandelli d'Italia, Newton Compton, Roma 1991.
- Cipriani, G., I mandanti. Il patto strategico tra massoneria e mafia, Editori Riuniti, Roma 1993.
- Clark, J.M., Relations of History and Theory, in "The Journal of Economic History", 1942.
- Commissione ecclesiale "Giustizia e pace", Educare alla legalità, Roma 1991.
- Cinque rischi per l'Italia, in "Il regno-doc", n. 3, 1994.
- Commissione episcopale per i problemi sociali e il lavoro, Democrazia economica, sviluppo e bene comune, Roma 1994.
- Corsale, M., Solidarietà e crisi del Welfare State, in Iross-Cnr, Primo rapporto sul Welfare State, Roma 1994.
- Crepaldi, G. - Papini, R. (a cura di), Etica e democrazia economica, Marietti, Genova 1990.
- Crepet, P., Le dimensioni del vuoto, Feltrinelli, Milano 1993.
- Crespi, F., Televisione e partecipazione sociale, in G. Fabris (a cura di), Sociologia delle comunicazioni di massa, Angeli, Milano 1989.
- Dahl, R.A., Poliarchia. Partecipazione e opposizione nei sistemi politici, Angeli, Milano 1981.
- Dahrendorf, R., Citizenship and Beyond: The Social Dynamics of an Idea, in "Social Research", n. 4, 1974.
- degli Espinosa, P. (a cura di), La società ecologica, Angeli, Milano 1991.
- De Masi, D., L'avvento post-industriale, Angeli, Milano 1985.
- Dente, B. (a cura di), L'efficacia dei poteri locali, il Mulino, Bologna 1991.



- Deutsch, K.W., Le relazioni internazionali, Bologna, il Mulino 1970.
- Dicey, A.V., Lectures on the Relations between Law and Public Opinion in England, London 1914.
- Donati, P., La cittadinanza societaria, Laterza, Roma-Bari 1993.
- Donati, P. (a cura di), Le frontiere della politica sociale. Redistribuzione e nuova cittadinanza, Angeli, Milano 1985.
- Dore, R., Goodwill and Spirit of Market Capitalism, in "British Journal of Sociology", 34, 1983.
- Dossetti, G., Sentinella quanto resta della notte. Riflessione sulla transizione italiana, Edizioni Lavoro, Roma 1994.
- Durning, A., Quanto basta?, Angeli, Milano 1993.
- Einaudi, L., Che cosa ha detto Cantillon?, introduzione a R. Cantillon, Saggio sulla natura del commercio in generale (1755), Einaudi, Torino 1955.
- Elias, N., Potere e civiltà. Il processo di civilizzazione, il Mulino, Bologna 1983.
- Emiliani, V., Se crollano le torri. Inchiesta sui beni e mali culturali, Rizzoli, Milano 1990.
- Eurispes, Etica e banche, Koinè, Roma 1993.
- Quattro istantanee per un ritratto. Percorsi di ricerca nella società degli anziani, Roma 1993 (poi in "Up&Down", n. 3, 1993, e n. 1, 1994).
- Etica e impresa. Gli imprenditori italiani di fronte alla "Centesimus annus", Roma 1994.
- Pubblica amministrazione e poteri locali in Italia, Roma 1994.
- Rapporto Italia '94, Koinè, Roma 1994.
- Libro bianco sulle telecomunicazioni in Italia, Roma, in corso di stampa.
- Eurispes - Osservatorio permanente sui fenomeni criminali, La quarta mafia: percorsi e strategie della criminalità organizzata pugliese, numero speciale di "Up&Down" (n. 7-8, 1994).
- Fara, G.M., Etica e informazione, Vallecchi, Firenze 1992.
- L'evento e l'attesa, introduzione a Eurispes, Rapporto Italia '92, Koinè, Roma 1992.
- Dal "contro" al "per", introduzione a Eurispes, Rapporto Italia '94, Koinè, Roma 1994.



- Freud, S., Psicologia delle masse e analisi dell'io, in Id., Il disagio della civiltà e altri saggi, Boringhieri, Torino 1971.
- Galimberti, U., Verso un uomo più autentico, in J. Jacobelli (a cura di), Quali poteri la Tv?, Laterza, Roma-Bari 1990.
- Gallino, L., Piccoli capitalisti crescono, in "La Stampa", 12 aprile 1994.
- Gallino, L. (a cura di), Il lavoro e il suo doppio, il Mulino, Bologna 1985.
- Garelli, F., Questa Repubblica orfana, in "Avvenire", 21 dicembre 1994.
- Garin, E., Intellettuali italiani del XX secolo, Editori Riuniti, Roma 1974.
- Gasparini, G., Tempo, cultura, società, Angeli, Milano 1990.
- Giovanni Paolo II, Discorso alla Pontificia Commissione per le Comunicazioni Sociali, in "L'Osservatore Romano", 8 marzo 1985.
- Centesimus annus, Città del Vaticano 1991.
- Gobbicchi, A., La tentazione autarchica, EuRoma, Roma 1993.
- Grassi, F., La sincerità prefabbricata delle indagini demoscopiche, in "Il Mattino", 2 aprile 1988.
- Grasso, A., Storia della televisione italiana, Garzanti, Milano 1992.
- Grazzini, G., Cinema '93, Laterza, Roma-Bari 1994.
- Guarnieri, G., Morale e società in E. Durkheim, Esculapio, Bologna 1994.
- Guidicini, P. - Pieretti, G., Le radici dell'impoverimento, Angeli, Milano 1991.
- Guidicini, P. - Pieretti, G. (a cura di), I volti della povertà urbana, Angeli, Milano 1988.
- Habermas, J., Storia e critica dell'opinione pubblica, Laterza, Roma-Bari 1988.
- Heller, A., La teoria dei bisogni in Marx, Feltrinelli, Milano 1974.
- Le condizioni della morale, Editori Riuniti, Roma 1985.
- Hirschman, A.O., Le passioni e gli interessi, Feltrinelli, Milano 1979.
- Felicità privata e felicità pubblica, il Mulino, Bologna 1981.



- Isam, Tempi e orari nella pubblica amministrazione, Angeli, Milano 1992.
- Katz, E. - Lazarsfeld, P.F., L'influenza personale nelle comunicazioni di massa, Eri, Torino 1968.
- Klapper, J., Gli effetti delle comunicazioni di massa, il Mulino, Bologna 1970.
- Ladame, F., I tentativi di suicidio degli adolescenti, Borla, Roma 1987.
- Lanza, L., Gli omicidi in famiglia, Giuffrè, Milano 1994.
- Legambiente, Ambiente Italia '89, Isedi, Torino 1989.
- Ambiente Italia '90, Mondadori, Milano 1990.
- Ambiente Italia '91, Mondadori, Milano 1991.
- Legambiente, Ambiente Italia '92, Vallecchi, Firenze 1992.
- Ambiente Italia '93, Koinè, Roma 1993.
- Ambiente Italia '94, Koinè, Roma 1994.
- Dossier sull'alluvione nel Nord Italia, Roma 1994.
- Primo rapporto sull'ecosistema urbano, Roma 1994.
- Riformare il fisco per l'ambiente, il lavoro, il futuro, Roma 1994.
- Lorenzetti, L., Legalità nelle società laiche e pluraliste, in "Rivista di teologia morale, n. 95, 1992.
- Lorenzetti, L. (a cura di), Trattato di etica teologica, Edb, Bologna 1992.
- Macaluso, A., Le "bugie" dell'Italia statistica, in "Corriere della Sera", 28 marzo 1988.
- Maccari, C., Mass media e costume sociale, Piemme, Casale Monferrato 1989.
- Magli, I., La bandiera strappata, Guanda, Parma 1994.
- Manconi, L., Solidarietà, egoismo. Buone azioni, movimenti incerti, nuovi conflitti, il Mulino, Bologna 1990.
- Maniscalco, M.L., Spirito di setta e società, Angeli, Milano 1992.



- Maraini, D., Voci, Rizzoli, Milano 1994.
- Marshall, T.H., Cittadinanza e classe sociale, Utet, Torino 1976.
- Martini, C.M., Educare alla solidarietà sociale e politica, Edb, Bologna 1990.
- Mastragostino, F., L'appalto di opere pubbliche. Norme interne e disciplina comunitaria, il Mulino, Bologna 1994.
- Mazzali, G., Capire la politica, Edb, Bologna 1993.
- Migli, P. - Protetti, C., L'informazione elettronica verso il Duemila. Come cambia il mestiere dell'editore, Anee - Gutenberg 2000, Milano 1994.
- Mills, C.W., L'élite del potere, Feltrinelli, Milano 1966.
- Mongardini, C., Forme e formule della rappresentanza politica, Angeli, Milano 1994.
- Monteleone, F. (a cura di), La radio che non c'è. Settant'anni, un grande futuro, Donzelli, Roma 1994.
- Mosca, G., Elementi di scienza politica, Bocca, Torino 1923.
- Offe, C., Lo Stato nel capitalismo maturo, Etas, Milano 1977.
- Contradictions of the Welfare State, Hutchinson, London 1984.
- Okun, A.M., Equality and Efficiency. The Big Trade-off, The Brookings Institution, Washington D.C. 1975.
- Paci, M., Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare, Liguori, Napoli 1989.
- Il mutamento della struttura sociale in Italia, il Mulino, Bologna 1992.
- Pizzorno, A., Note sul concetto di eguaglianza di riconoscimento, relazione al convegno dell'Ais "Disuguaglianza sociale ed equità in Europa", Como, 17-19 ottobre 1990.
- Ma questo nuovo sa troppo di vecchio, intervista a cura di N. Tasciotti, in "Il Messaggero", 18 agosto 1994.
- Pontificio Consiglio per le comunicazioni sociali, Communio et progressio, in "Acta Apostolicae Sedis", LXIII (1971).
- Revel, J.F., La conoscenza inutile, Longanesi, Milano 1988.
- Rose, R., L'espansione della sfera pubblica, il Mulino, Bologna 1992.



- Rovigatti, V., Scienza dell'opinione pubblica, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1985.
- Sartori, G., Democrazia e definizioni, il Mulino, Bologna 1957.
- Opinione pubblica, in Enciclopedia del Novecento, Istituto dell'Enciclopedia italiana, Roma 1979.
- Teoria dei partiti e caso italiano, SugarCo, Milano 1982.
- The Theory of Democracy Revisited, Chatham House, Chatham 1987.
- Democrazia. Cos'è, Rizzoli, Milano 1993.
- Scoppola, P., La repubblica dei partiti. Un profilo storico della democrazia in Italia (1945-1990), il Mulino, Bologna 1991.
- Sen, A.K., Etica ed economia, Laterza, Roma-Bari 1988.
- Serna, P., Il nobile, in M. Vovelle (a cura di), L'uomo dell'Illuminismo, Laterza, Roma-Bari 1992.
- Sylos Labini, P., Progresso tecnico e sviluppo ciclico, Laterza, Roma-Bari 1993.
- Taralietto, B., Il bisonte malato. Una ricerca Eurispes sui temi e i problemi dell'autotrasporto merci, numero speciale di "Up&Down" (n. 9, 1994).
- L'Italia che truffa, Koinè, Roma 1995.
- Toffler, A., Powershift. La dinamica del potere, Sperling & Kupfer, Milano 1991.
- Tullio Altan, C., L'Italia ha un nemico: la mancanza di spirito pubblico, intervista a cura di E. Manca, in "l'Unità", 15 agosto 1994.
- Violante, L., Non è la piovra. Dodici tesi sulle mafie, Einaudi, Torino 1994.
- Weber, M., L'etica protestante e lo spirito del capitalismo (1922), Sansoni, Firenze 1977.
- Wieviorka, M., Lo spazio del razzismo, il Saggiatore, Milano 1993.
- World Bank, World Development Report 1990: Poverty, Oxford University Press, New York 1990.
- Worster, D. (a cura di), I confini della terra, Angeli, Milano 1991.
- Zanacchi, A., La sfida dei mass media, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1990.
- Galimberti U., Psiche e teche, Universale economica Feltrinelli, Milano 2002