

# Le misure contro la povertà e l'esclusione sociale a Urbino

di Angela Vallarelli

## *Premessa*

Alcuni tra i più recenti studi sociologici propongono una prospettiva teorica per la lettura della povertà che tenga conto della condizione di vita del soggetto portatore di bisogno. A tal fine, nel dibattito e nella ricerca sulla povertà in Germania è stato formulato il concetto di *Lebenslage* (v. Kazepov e Mingione, 1994). Esso costituisce un criterio euristico che ci permette di conciliare due prospettive fondamentali sul fenomeno della povertà: quella istituzionale, in relazione al grado di inclusione ed esclusione dai diversi sistemi di welfare, e quella individuale, cioè relativa al modo in cui le risorse del contesto vengono rielaborate dal singolo soggetto. L'individuo rielabora informazioni, in termini di vincoli e opportunità presenti nello specifico contesto sociale con il quale è in contatto, ed agisce coerentemente con essi.

La *Lebenslage* è, quindi, il risultato del rapporto tra struttura ed azione, tra differenti condizioni di vita esterne, di risorse contestuali, e percorsi biografici individuali. Questo significa che risorse differenziate contribuiscono alla strutturazione di differenziate *Lebenslage* e che per comprendere i percorsi di povertà diviene centrale l'analisi dei differenti contesti sociali.

Nel presente articolo, vengono presentati i risultati di una recente indagine svolta ad Urbino<sup>1</sup>. L'attenzione è stata focalizzata

\* *Presentato dall'Istituto di Sociologia.*

<sup>1</sup> La ricerca è stata resa possibile grazie ad un contributo dell'Amministrazione Comunale urbinata all'Istituto di Sociologia dell'Università di Urbino. La ricerca è stata coordinata da Yuri Kazepov ed è stata condotta nel 1997.

sullo stretto legame esistente tra l'accesso ai beni e alle possibilità socialmente rilevanti<sup>2</sup> da parte di coloro che si trovano in condizione di bisogno e le dinamiche locali di implementazione delle politiche sociali. L'intreccio tra possibilità e condizioni istituzionali, costituisce il filo rosso dell'intera analisi. I dati emersi, quindi, non ci dicono nulla sul numero dei poveri ad Urbino. Non è in questa direzione che si è mossa la ricerca. Sono stati piuttosto rilevati i criteri locali di regolamentazione sociale in base ai quali è emerso il grado di tutela dei cittadini nei confronti dei rischi di povertà. L'indagine ha, infatti, privilegiato sin dalla sua impostazione originaria l'osservazione del contesto, e delle risorse in esso presenti, rimandando ad eventuali approfondimenti una più mirata analisi dei singoli percorsi biografici dei soggetti in condizione di bisogno.

La contestualizzazione dei criteri di regolamentazione sociale esistenti a livello locale è stata supportata dagli ultimi dati rilevati a livello nazionale dalla Commissione d'Indagine sulla povertà e l'Emarginazione (1996). La specificità di Urbino è emersa nella comparazione con altre città italiane, tenendo conto del fatto che il panorama italiano generale è contraddistinto dalla mancanza di sistematicità nella regolamentazione delle politiche locali, quindi dall'elevata discrezionalità nella definizione dei criteri di inclusione/esclusione. In questo articolo, l'ambito privilegiato d'analisi è stato quello dell'assistenza economica. Per quanto riguarda le politiche d'integrazione, abbiamo invece incluso solamente quelle rivolte agli anziani, poiché l'ambito di intervento sui minori e sugli adolescenti e giovani è al momento in forte trasformazione, anche in riferimento alle nuove normative europee, rendendo difficile l'elaborazione di comparazioni.

Prima di procedere nell'analisi delle misure politiche ed amministrative intraprese ad Urbino per far fronte alle richieste delle persone in stato di bisogno, è stata anche svolta una pre-indagine che ha rilevato alcune delle caratteristiche demografiche e socioeconomiche più importanti della città, qui riportate in forma sintetica.

In conclusione, sono state elaborate alcune riflessioni sulle

<sup>2</sup> La povertà, nella sua accezione *sociale*, viene definita in base ad una soglia *relativa* di minimo vitale, definita istituzionalmente.

modalità di azione dell'Amministrazione, sottolineandone i limiti progettuali e le difficoltà che attualmente ogni sistema di Welfare si trova ad affrontare, in riferimento a procedure non ben orientate e a risorse umane e finanziarie non sempre sufficienti. L'esempio di Urbino è assimilabile a molte altre realtà territoriali italiane, nelle quali la definizione dello stato di bisogno è discrezionale, così come lo è la garanzia di accesso ai servizi previsti dallo stato dei «diritti sociali».

### *L'assistenza economica e le politiche per gli anziani<sup>3</sup>*

#### *Il contesto demografico e socioeconomico di Urbino*

La popolazione residente nel Comune di Urbino, al 31.12.96, corrispondeva a 15.148 persone, di cui 48,7% maschi e 51,2% femmine.

Tab. 1. Distribuzione dei residenti ad Urbino per età

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
0-16	1.079	7,1	1.012	6,6	2.091	14
17-21	459	3,03	447	2,9	906	6
22-29	928	6,1	864	5,7	1.792	12
30-59	3.115	20,5	3.018	19,9	6.133	40
60 e oltre	1.808	11,9	2.418	15,9	4.226	28
Totale	7.389	48,7	7.759	51,2	15.148	100

Fonte: nostra elaborazione dei dati ricavati dall'Ufficio anagrafe del Comune di Urbino (al 31.12.1996).

I dati, distribuiti in classi di età, mostrano una *popolazione relativamente anziana*.

<sup>3</sup> La maggior parte dei dati qui citati sono riportati in forma di tabelle nel rapporto di ricerca depositato presso l'Istituto di sociologia. Si rimanda alla sua lettura per un eventuale approfondimento.

Escludendo la fascia di età che va dai 17 ai 59 anni, che costituisce approssimativamente la popolazione «produttiva» della città, il 28% della popolazione appartiene alla cosiddetta «terza età», un dato del tutto peculiare se rapportato alla media nazionale, corrispondente al 9,7% (fonte: dati Astat della provincia Autonoma di Bolzano, all'1.1.95). L'invecchiamento della popolazione è testimoniato anche dai valori crescenti dell'*indice di vecchiaia*<sup>4</sup>, che esprime il numero medio di anziani per ogni 100 giovani (0-14). Questo è addirittura pari al 188%, un valore particolarmente alto se rapportato al dato nazionale (109%). Tale valore viene altresì rafforzato dagli indicatori di dipendenza. L'*indice di dipendenza totale*<sup>5</sup>, che esprime il rapporto tra la popolazione «non produttiva» e quella potenzialmente produttiva, è pari al 50% circa. Tale dato non si discosta particolarmente dalla media nazionale (45,9%), ma se da questo si scorpora l'*indice di dipendenza dei giovani*<sup>6</sup>, che esprime il numero di giovani «a carico» dei soggetti in età lavorativa, e che corrisponde al 17,7%, si osserva che questo è più basso del dato nazionale (21,9%), diversamente dall'*indice di dipendenza degli anziani*<sup>7</sup>, che esprime il numero di anziani «a carico» dei soggetti in età lavorativa, invece particolarmente alto (pari al 32,6%).

Tenendo presente che la percentuale degli anziani nell'attuale società è destinata ad aumentare, è ipotizzabile nei prossimi anni un incremento progressivo dell'indice generale di dipendenza, fattore aggravato dall'ingresso di molti giovani nella fascia d'età della popolazione attiva, in un mercato del lavoro sempre meno capace di assorbire una domanda di impiego in forte crescita.

Nel panorama dei gruppi sociali a rischio di emarginazione (tradizionalmente, tutti coloro che sono collocati al di fuori della

<sup>4</sup> Rapporto tra la popolazione ultra 65enne e la popolazione di età inferiore a 14 anni ( $\times 100$ ).

<sup>5</sup> Somma gli indici di dipendenza dei giovani e degli anziani.

<sup>6</sup> Rapporto tra la popolazione con meno di 15 anni e la popolazione tra i 15 e i 64 anni ( $\times 100$ ).

<sup>7</sup> Rapporto tra la popolazione di 65 anni ed oltre e la popolazione fra i 15 e i 64 anni ( $\times 100$ ).

realtà lavorativa<sup>8</sup>) la popolazione anziana costituisce, quindi, una fetta consistente di utenza a cui rivolgere servizi socio-assistenziali, tanto più se teniamo conto anche delle caratteristiche demografiche dettate dallo stato civile in relazione all'età:

Tab. 2. Distribuzione dei residenti per stato civile e sesso maschile

Età	Coniugati		Celibi		Divorziati		Vedovi	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
30-59	2.300	22,2	758	7,3	41	0,4	16	0,1
60 e oltre	1.442	13,9	160	0,01	10	0,09	196	1,8
Totale	3.742	36,1	918	8,8	51	0,49	212	2

Fonte: nostra elaborazione dei dati rilevati dall'Ufficio anagrafe del Comune di Urbino (al 31.12.1996).

Tab. 3. Distribuzione dei residenti per stato civile e sesso femminile

Età	Coniugati		Celibi		Divorziati		Vedovi	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
30-59	2.465	23,7	390	3,7	50	0,5	113	1,1
60 e oltre	1.144	11	217	2,1	10	0,09	1.047	10
Totale	3.609	34,8	607	5,8	60	0,5	1.160	11,2

Fonte: Ibidem.

Tab. 4. Distribuzione del totale dei residenti per stato civile ed età

Età	Coniugati		Celibi		Divorziati		Vedovi	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
30-59	4.765	46	1.148	11,1	91	0,8	129	1,2
60 e oltre	2.586	25	377	3,6	20	0,2	1.243	12
Totale	7.351	71	1.525	14,7	111	1,1	1.372	13,2

Fonte: Ibidem.

<sup>8</sup> Attualmente, nei gruppi sociali a rischio di emarginazione rientrano sempre più anche coloro che si trovano esclusi dal mondo del lavoro, pur rientrando nelle fasce di popolazione «attiva».

Secondo le percentuali sulla popolazione che va dai 30 agli oltre 60 anni (10.359), il 29% della popolazione si trova slegata dai legami familiari e di questi, ben il 15,8% appartiene alla fascia degli ultrasessantenni. Inoltre, così come in tutti i paesi a sviluppo avanzato, il processo di invecchiamento della popolazione configura percorsi e situazioni di vita differenti nei due sessi. Abbiamo un maggiore numero di anziane e tra queste numerose vedove. Sebbene tali dati non indichino necessariamente l'esclusione dalle reti parentali o amicali, non è possibile escludere casi di questo tipo. In generale, la tendenza all'isolamento sociale è un fenomeno che comporta ampi rischi tanto più se accompagnato a variabili quali le condizioni socioeconomiche e culturali, lo stato di salute, la frequenza di istituzionalizzazioni, la disponibilità di relazioni sociali, la convivenza, etc.

Non essendo stato lo scopo di questa indagine approfondire la questione demografica, questi dati hanno costituito un indicatore di tendenza che comunque verifica a livello locale una forte accentrazione di una particolare zona di vulnerabilità che è quella anziana. Tuttavia, essere vulnerabili non significa necessariamente essere poveri, quanto piuttosto essere in una situazione a rischio che può precipitare se alcuni elementi che contribuiscono a mantenere le condizioni socioeconomiche in equilibrio vengono meno. È quindi importante tenere presente la contestualizzazione del fenomeno.

A livello socioeconomico sono invece particolarmente importanti due variabili: la percentuale di pensionati che usufruiscono di integrazioni al minimo (il minimo corrisponde a £ 659.900) o di pensioni sociali (a secondo del reddito, è pari ad una somma che va da £ 350.000 a lire 460.000 mensili)<sup>9</sup>, e la percentuale della popolazione attiva che si trova esclusa dal mercato del lavoro<sup>10</sup>. La loro importanza deriva da due ordini di fattori: da un

<sup>9</sup> A partire dal 1° gennaio 1996, la pensione sociale è stata sostituita dall'assegno sociale. Sostanzialmente, non c'è alcuna differenza rispetto alla misura precedente. L'ammontare del contributo, per il 1996, era di £ 6.240.000 annui, non gravato da imposte, annualmente rivalutato in base al costo della vita.

<sup>10</sup> I dati sulla previdenza sociale e sulla disoccupazione sono stati rilevati rispettivamente presso l'Ufficio INPS e l'Ufficio provinciale del lavoro di Urbino.

lato quelli di ordine demografico ricordati precedentemente e dall'altro quelli di ordine legislativo che afferiscono alla sfera dei diritti/doveri.

Per quanto riguarda il primo aspetto, va tenuto presente che sono spesso i fruitori della pensione sociale i meno tutelati dal sistema di Welfare fondato sull'occupazione, dato che l'importo sociale è chiaramente inadeguato a ricoprire i bisogni di sussistenza. Ed infatti, i pensionati che hanno come unica risorsa la pensione sociale e che sono privi di una rete di protezione sociale familiare molto forte, riescono a uscire dalla povertà ufficiale solo se riescono ad accedere ad altri sussidi economici, come avviene per coloro che vivono in città e regioni in cui esistono dispositivi di assistenza economica continuativa, definita in base al minimo vitale.

Ad Urbino, i dati ricavati dall'ufficio INPS locale indicano una bassissima percentuale di pensionati residenti nel Comune che ricevono forme di integrazione al reddito o la pensione sociale sono 201. Si tratta del 3% sulla popolazione anziana e dello 0,8% sull'intera popolazione. Tale dato, complessivamente, non suscita dunque particolari preoccupazioni.

In generale, comunque, per la quasi totalità degli anziani, il sistema di Welfare resta più protettivo rispetto a coloro per i quali l'accesso ai sussidi economici è lacunoso e difficile. Si tratta di giovani ed adulti, per i quali la disponibilità di risorse economiche sufficienti per un'esistenza sostenibile dipende dalla capacità di aderire al mercato del lavoro. Per coloro che non appartengono alla categorie degli anziani, né a quella dei disabili<sup>11</sup>, e che quindi sono privi di bisogni qualificati, anche se in difficoltà economica, la protezione è provvisoria e debole. Spesso, infatti, per chi ha una storia lavorativa precaria, se non inesistente, il rischio di cadere in una situazione di povertà economica è particolarmente alto, ed è anche più difficile uscirne una volta caduti in essa.

I dati rilevati presso l'ufficio di «collocamento» di Urbino, da

<sup>11</sup> Per queste ultime categorie, le pensioni di invalidità e, nei casi più gravi, le misure di accompagnamento, garantiscono comunque un reddito che supera il tetto minimo di vivibilità.

noi elaborati, mostrano un tasso di disoccupazione pari a circa il 18,7%. Questi dati sovrastimano la disoccupazione e non sono comparabili ai dati campionari ISTAT. Tuttavia la discrepanza è notevole visto che il tasso medio di disoccupazione nelle Marche al 1993 era infatti dell'6,7% (fonte: elaborazione dati ISTAT, al 1994).

Naturalmente, nell'interpretare tale dato va tenuto presente il fatto che la povertà economica non sempre è data dalla mancanza di occupazione. Non lo è per le casalinghe che possono contare su un reddito sufficiente del marito, né per i giovani in cerca di occupazione che possono attingere ad un reddito familiare più o meno adeguato. In quest'ultimo caso, ad esempio, la disoccupazione può coincidere con strategie di ricerca di lavoro *relativamente* sofisticata (di tipo impiegatizio o intellettuale, ad esempio).

La condensazione di iscritti all'Ufficio del lavoro di Urbino nel settore «non classificabile» e secondo la qualifica di «impiegati» mostra una disoccupazione non concentrata nelle fasce tradizionali (lavoro manuale e a bassa scolarizzazione), e testimonia un mutamento realizzatosi nelle scelte lavorative, in virtù di esigenze (di tempo, di possibilità, di motivazione, etc.) diverse dal mero bisogno economico. Lo stesso numero considerevole di disoccupati rientranti nella fascia d'età minore di 25 anni presuppone una popolazione presumibilmente protetta economicamente dalla permanenza in ambito familiare, in continuità con le attuali tendenze di permanenza prolungata delle fasce giovanili nel contesto familiare.

In ogni caso, la presenza di un'offerta così ampia di lavoro insoddisfatto, accompagnata da un numero comunque determinante di disoccupati appartenenti alla fascia d'età che va dai 30 in avanti, può celare immediati bisogni di integrazione di un reddito familiare inadeguato. Va ricordato che tali figure di cittadini non hanno accesso a nessuna delle forme di sostegno al reddito esistenti in Italia per chi è senza lavoro: né ad un'indennità di disoccupazione ordinaria né, tanto meno, alla cassa integrazione o all'indennità di mobilità. In questi casi, salvo l'esistenza di una rete di sostegni forniti dalla famiglia o dal *lavoro informale*, il rapporto tra povertà e non lavoro diventa diretto.

*Il panorama italiano*

Come sappiamo, le funzioni amministrative comunali relative all'organizzazione e alla erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza pubblica fanno capo al D.p.r. 616 del 1977. Con questo decreto, lo Stato ha trasferito alle Regioni e ai Comuni ogni competenza in materia socio-assistenziale, rendendo il Comune l'unico ente pubblico legittimato a svolgere ogni forma di assistenza che non sia espressamente riservata al governo centrale (o alle province, come nel caso dei minori). In generale, le Regioni ed i Comuni hanno ereditato le proprietà e le funzioni di una serie di Enti, ora per lo più disciolti, che seguivano logiche di intervento per categorie di utenza più che per condizioni di bisogno (per esempio *le madri nubili, gli orfani, i detenuti e i poveri*, assistiti dagli Enti Comunali di Assistenza, gli ECA). A questa delega non è seguita una legge quadro sull'assistenza con riferimenti e indicazioni unitarie che permettessero di ricondurre le differenziazioni ed articolazioni locali nell'ambito di un sistema di sicurezza sociale coerente a livello nazionale dal punto di vista della garanzia dei diritti sociali minimi (Negri e Saraceno, 1995). La mancanza di una volontà politica in tal senso ha reso eterogenee le risposte di politica locale contro l'esclusione sociale, sia a livello di legislazione regionale che di organizzazione interna ai servizi degli enti territoriali comunali. Molte Regioni hanno elaborato autonomamente un piano di riordino del settore socio-assistenziale che permettesse un coordinamento e una relativa omogeneizzazione dei criteri di erogazione a livello regionale, inserendosi, pur con limitazioni e vaghezza di criteri di riferimento, in una prospettiva di garanzia

<sup>12</sup> I dati utilizzati in questo articolo, ad esclusione di quelli concernenti la città di Urbino, sono stati desunti dall'Indagine pilota su *Le politiche sociali contro l'esclusione sociale*, realizzata per conto della Commissione sulla Povertà e l'Emarginazione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (il volume è stato pubblicato per i tipi dell'Istituto Poligrafico dello Stato di Roma (Kazepov, 1996). I dati rilevati ad Urbino sono stati, quindi, confrontati con quelli di 14 città italiane appartenenti ad 11 regioni, come si può vedere nella scheda sinottica riportata a fine paragrafo.

di un ammontare minimo che permette il soddisfacimento dei bisogni fondamentali di vita dei singoli individui e dei nuclei familiari. Tale ammontare si presenta sotto forma di un assegno mensile pagato per periodi definiti di tempo a individui o famiglie in condizioni sociali e di reddito al sotto di una soglia ritenuta minima, oppure sotto forma di assistenza economica alternativa anche se equivalente sul piano funzionale (Kazepov, 1996). Restano, però, alcuni problemi di fondo. Non tutte le Regioni hanno predisposto una legge di riordino<sup>13</sup> e quelle che lo hanno fatto non si sono coordinate tra loro e/o, in molti casi, sono rimaste troppo nel vago nella determinazione dei principi generali. Anche i piani triennali di attuazione (PT), pensati per rendere esplicite le finalità e i criteri di intervento al fine di una coerente implementazione delle normative nazionali e regionali, aggiungono ulteriori elementi di variabilità. La Regione Marche, ad esempio, con la L.r. 43 del 1988, ha dettato norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale stabilendo i criteri di erogazione dei servizi e dei sussidi, le modalità di accesso ad essi, oltre che quelle di finanziamento, di organizzazione e di competenza dei soggetti istituzionali, e del rapporto tra questi e le associazioni private presenti sul territorio.

Tuttavia, anche in questo caso, mancano atti indicanti i parametri unitari di reddito e di bisogno in base ai quali i Comuni possano commisurare l'erogazione dell'assistenza economica. Nell'art. 35, comma 4, viene garantita, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, la determinazione da parte della giunta regionale di tali parametri, da aggiornare annualmente sulla base dell'indice del costo della vita (comma 5). In realtà, a

<sup>13</sup> Delle regioni considerate per la comparazione di Urbino con i differenti contesti regionali italiani, il Piemonte ha approvato la L.r. 20/82 (e successive modifiche) e, più recentemente la L.r. 62/95; l'Emilia Romagna ha promulgato la L.r. 2/85; la Lombardia la L.r. 1/86, la Sicilia la L.r. 22/86, la Calabria la L.r. 5/87, le Marche la L.r. 43/88, la Provincia Autonoma di Trento la L.p. 14/91, la Provincia Autonoma di Bolzano (L.p. 13/91); la Toscana la L.r. 42/92 (precedentemente la L.r. 15/76). La Campania con la L.r. 47/85 ha riunito in un unico fondo di spesa le materie trasferite ma non ha ancora approvato, insieme alla Puglia, una legge di riordino. Nel Lazio la legge è stata approvata nel corso dell'indagine (L.r. 38/96), modificando così il contesto regolativo di Roma.

tutt'oggi, non ci sono state chiare direttive di implementazione dei principi espressi, dovuto al fatto che la Regione Marche non ha ancora formulato un Piano socio-assistenziale. Per quanto riguarda i destinatari dell'assistenza economica, le leggi regionali individuano gli aventi diritto senza categorizzare i potenziali fruitori, non escludendo nessuno. Hanno, infatti, diritto alle prestazioni tutti i cittadini italiani e stranieri, i profughi e i rifugiati e coloro che si trovano temporaneamente sul territorio e necessitano di interventi non differibili. Ciò nonostante, i criteri che sembrano accomunare tutte le leggi regionali sono quelli della residenza e dell'urgenza. Questo significa che ha teoricamente diritto all'assistenza solamente chi è cittadino residente, italiano e straniero, mentre per tutti gli altri è possibile al massimo ottenere un intervento eccezionale laddove sia dimostrata la non differibilità del bisogno allo scopo di consentire il rientro nel territorio di residenza.

Già mediante questo criterio è possibile riscontrare uno dei grossi problemi dell'attuale sistema di Welfare, ovvero il fatto che, per mancanza di diritti sociali o per incapacità di farli valere, restano escluse persone, non sempre di cittadinanza italiana, che sono estremamente emarginati in senso economico, sociale e istituzionale, come vagabondi, nomadi, immigrati, e così via. Ed infatti, nella maggior parte dei casi, l'onere di assistere queste persone viene assunto da associazioni di volontariato no-profit e in particolare dalla Chiesa cattolica, la quale continua a farsi autopromotrice di interventi in materia di beneficenza pubblica (Negri, Saraceno 1994).

Nel sistema laico di *Welfare*, inoltre, sebbene sia la condizione di bisogno ciò che costituisce la preconditione per avere accesso agli interventi e il criterio per definire e delimitare i destinatari, poche Regioni definiscono esplicitamente cosa intendono per *stato di bisogno*, come riporta l'ultimo Rapporto Nazionale sulla Povertà (Kazepov, 1996). Il problema è che la valutazione dell'esistenza di uno stato di bisogno non deve costituire un elemento di discrezionalità che fa venire meno la certezza del diritto del soggetto ad un Minimo Vitale, quanto essere uno strumento per ampliare tale diritto, o quanto meno per poter operare con un grado maggiore di libertà su condizioni *border line*. Nelle Regioni in cui la questione della definizione dello stato di

bisogno non viene affrontata esplicitamente si fa riferimento al permanere dello stato di bisogno considerandolo solo al fine di determinare il periodo limitatamente al quale il soggetto ha diritto all'erogazione di un sostegno economico. Il reddito costituisce, comunque, sempre l'indicatore di riferimento principale per l'erogazione del sussidio e quindi, almeno implicitamente, per l'identificazione delle condizioni di bisogno.

In mancanza di una legge quadro, l'eterogeneità che contraddistingue le normative sul piano regionale, viene ulteriormente confermata dai Comuni. Tutti i Comuni attuano qualche forma di sostegno economico ai bisognosi. Tuttavia, l'identificazione dei criteri che definiscono i destinatari dell'assistenza, la somma da erogare e la durata dell'erogazione, è generalmente determinata dalla volontà politica dell'amministrazione, dal vincolo di bilancio e dalla discrezionalità degli operatori sociali.

In virtù della L. n. 142 del 1990 sull'Ordinamento delle autonomie locali, che delega ai Comuni «tutte le funzioni amministrative che riguardino la popolazione ed il territorio comunale precipuamente nei settori dei servizi sociali, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico, salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze», oltre che conseguentemente alla realizzazione di leggi di riordino regionali, molti Comuni hanno elaborato Regolamenti interni che disciplinano l'offerta dei servizi socio-assistenziali unificando i criteri e le procedure di accesso da parte dei gruppi a rischio differenziati, adattandoli alla propria realtà socio-territoriale. In questi casi è più facile trovare il riferimento al Minimo vitale come criterio di erogazione dell'assistenza economica.

Ovviamente, l'attuazione di tali Regolamenti non ha seguito un iter uniforme. Spesso, tra la deliberazione a livello regionale e l'anno di attuazione della misura a livello locale vi è sempre un lasso di tempo più o meno lungo. Nell'insieme possiamo individuare quattro situazioni tipiche<sup>14</sup>:

<sup>14</sup> Per una visione d'insieme, si veda la tavola sinottica sulle misure di assistenza e le leggi regionali di riferimento allegata a conclusione di questo paragrafo.

a) *i Comuni che hanno anticipato la legge regionale*

*Torino* ha predisposto un regolamento con riferimento specifico al Minimo Vitale, già nel 1978, prima dell'approvazione della legge regionale di riordino del 1982. Allo stesso modo, anche *Ancona*, ancor prima dell'attuazione della L.r. 43/88, ha attivato un regolamento nel 1981 stabilendo criteri di attuazione dell'assistenza economica a garanzia del Minimo Vitale. *Piacenza* ha anticipato la L.r. 2/85 inserendo il criterio del Minimo Vitale nel 1980. A *Firenze* il Minimo Vitale è il criterio base di erogazione economica già dagli anni '70; in seguito, con la L.r. 42/92, il Comune ha realizzato un Regolamento interno che disciplina tutta l'assistenza sociale compresa quella economica. A *Catania*, il Minimo Vitale risale al 1983, tre anni prima della L.r. 22/86.

b) *i Comuni che hanno applicato la legge regionale*

A *Trento* il Minimo Vitale è stato attivato nel 1991 in applicazione della L.p. 14/91. A *Milano* i destinatari e i criteri di erogazione del Minimo Vitale sono stati identificati nel piano socio-assistenziale comunale del 1989 in applicazione della L.r. 1/86 e del piano socio-assistenziale regionale del 1988. A *Pesaro*, l'assistenza economica erogata esplicitamente in base al Minimo Vitale è stata attivata con il regolamento comunale del 1994 (L.r. 43/88).

c) *i Comuni che non hanno attuato la legge regionale*

A *Cosenza* ed a *Messina* a livello comunale non è prevista la misura di integrazione al Minimo Vitale, benché nelle leggi regionali si faccia riferimento ad un intervento a carattere continuativo per il raggiungimento del Minimo Vitale. A *Cosenza* la legge regionale è del 1987, ma a livello comunale è prevista solo l'assistenza economica continuativa.

d) *i Comuni situati in Regioni senza legge regionali*

A Roma<sup>15</sup>, Napoli e Bari la misura del Minimo Vitale non è prevista né attuata a livello cittadino, ma d'altra parte non è prevista neppure a livello regionale, mancando le leggi di riordino. Sono previste comunque delle forme di assistenza economica anche continuativa.

Tra le città che hanno adottato una misura di assistenza economica con riferimento ad un Minimo Vitale, solo Bolzano, Milano, Firenze, Ancona, Pesaro, Trento e Reggio Calabria, e nell'anno corrente anche Urbino, hanno approvato un regolamento. Nelle altre città (Bologna, Torino, Piacenza e Catania), le erogazioni vengono regolate da specifiche delibere. I regolamenti socio-assistenziali definiscono criteri di erogazione e di valutazione uniformi per tutti i servizi, ed in questo modo tendono a semplificare gli interventi e superare formalmente la categorizzazione dei destinatari, permettendo anche una riduzione dello spazio di discrezionalità degli operatori, che pur rimanendo un elemento importante per strutturare l'intervento sociale, non deve però limitare i diritti delle persone in condizione di bisogno. Nei casi in cui gli interventi vengono regolati con delibere specifiche, esistono numerose misure di durata diversa e destinate a gruppi diversi e la cui erogazione è dettata dalla prassi consolidata e/o dalla disponibilità finanziaria. Generalmente, in questi casi l'integrazione al Minimo Vitale è garantita solo agli anziani, invalidi e handicappati.

Anche se in diversi Comuni esiste già una distinzione tra assistenza economica continuativa, erogata agli anziani, agli inabili ed ai minori e assistenza economica temporanea, erogata agli adulti, è indubbio il fatto che l'esistenza di regolamenti socio-assistenziali costituisca lo strumento formale attualmente più adeguato per avviare a livello locale il superamento della frammentazione degli interventi.

In generale, quindi, causa la mancanza di una legge quadro sull'assistenza, il panorama italiano si presenta fortemente frammentato sia nella determinazione di misure legislative per gli in-

<sup>15</sup> Nel Lazio la legge è stata approvata nel corso dell'indagine nazionale (L.r. 38/96), per cui non ci sono dati certi sulla sua implementazione.

terventi di sostegno economico, sia nella loro implementazione a livello locale. Come evidenzia l'indagine nazionale della Commissione Povertà (Kazepov, 1996), l'Italia è purtroppo caratterizzata dalla compresenza di realtà molto avanzate ed innovative, prevalentemente i Comuni del centro-nord, e realtà tradizionali e stigmatizzanti, prevalentemente i comuni meridionali dove, paradossalmente, è maggiore lo stato di bisogno. Il programma italiano di politica sociale, nel suo tentativo, tra il previdenziale e l'assistenziale, di rendere possibile l'implementazione dei diritti sociali di cittadinanza, finisce per determinare contemporaneamente le condizioni della sua impossibilità, creando sacche di vulnerabilità crescenti.

### *Il caso di Urbino*

Ad Urbino, il criterio del Minimo Vitale viene menzionato in una deliberazione di Consiglio Comunale del 24 luglio 1997, n. 92, che approva il Regolamento Comunale dei contributi (L.r. 43/88), proprio durante la conduzione di tale ricerca. Negli ultimi anni, invece, in mancanza di parametri formalmente definiti, quindi di una regolamentazione dell'intervento socio-assistenziale, sono stati previsti, negli impegni di bilancio destinati ai «bisognosi», unicamente contributi economici straordinari, elargiti per lo più in maniera estemporanea, come è stato spesso sostenuto nelle interviste in profondità.

Tra le voci riportate ai singoli capitoli di spesa, al 1996, quella per i contributi economici *una tantum* erogati a persone o Istituzioni di beneficenza è stata pari a circa il 19% sulla spesa complessiva, e solamente l'8,6% sulla spesa generale per coprire richieste, contingenti e urgenti, provenienti da singole persone. I destinatari del servizio, inoltre, sono per lo più minori, ai quali vengono elargiti contributi sotto forma di pagamento mensa, libri, o altro. Per il resto, sono state privilegiate categorie di persone suddivise in base agli enti esistenti precedentemente al D.p.r. 616/77; in particolare, essa è stata erogata agli orfani (ex ENAOLI) e ai grandi invalidi (ex-INAIL), costituendo, di per sé, i due terzi sulla spesa complessiva destinata all'assistenza sociale; agli anziani, spendendo circa il 66% del budget impegnato; e ai portatori di handicap, con una spesa di circa il 12%.

Come possiamo osservare, questa stessa proporzione presenta una forte differenziazione fra le misure indirizzate agli anziani, ai disabili, e in alcuni casi ai minori, e le misure indirizzate agli adulti. Di norma, la presenza di un bisogno di reddito qualificato da qualche altra circostanza o difficoltà che non sia la sola povertà rende più sicuro l'accesso alle misure socio-assistenziali. Limitando il principio universalistico dei diritti sociali di cittadinanza, viene lasciata scoperta tutta l'area di coloro che pur facendo parte della popolazione attiva (gli adulti) si trovano in condizioni tali da dover necessitare di un aiuto economico, seppure momentaneo, onde evitare una potenziale caduta verso un vero e proprio percorso di impoverimento. In quest'ultimo caso, infatti, una verifica effettiva del perdurare dello stato di bisogno, con un accertamento delle possibilità lavorative (la sua occupabilità) del soggetto, eviterebbe il rischio di un assistenzialismo passivo, dando invece pari opportunità sul piano dell'accesso alle risorse del mercato economico e del lavoro. Spesso, tali direttive motivate dalla razionalizzazione dei costi finiscono in realtà per contribuire ad un percorso d'impoverimento, al quale poi diviene necessario rispondere con ulteriori decisioni che richiedono un dispiego maggiore di risorse in servizi o erogazioni economiche.

Tralasciando l'aspetto più eminentemente gestionale e di bilancio, il grosso problema che il sistema di *Welfare* locale non riesce ad osservare riguarda il fatto che una condizione essenziale per non cadere in povertà consiste nell'accesso ad un'occupazione e nella possibilità di usufruire dei benefici della protezione sociale prevista per i lavoratori, mentre attualmente restare occupati e, soprattutto, trovare un'occupazione ed un'occupazione che non sia unicamente «informale», è sempre più difficile.

Per quanto concerne invece la somma, relativamente elevata, destinata ai servizi per la terza età, va sottolineata l'eccezionalità del caso, dato che nel 1996 il Comune ha realizzato l'accorpamento delle strutture ex-IRAB (Istituzioni Riunite di Assistenza e Beneficenza di Urbino) nella casa di riposo comunale (Casa Albergo). In ogni caso, non si può non rilevare l'elevata attenzione che l'ente locale rivolge a tale categoria di utenti. Fattore che tuttavia va correlato alla peculiarità del contesto demografico della città di Urbino. Come sappiamo, infatti, la popolazione an-

ziana residente costituisce il 28% sull'intera popolazione con un indice di vecchiaia del 188% e un indice di dipendenza del 32,6%, rispetto al 21,9% di quello dei giovanissimi. Questi dati potrebbero spiegare la particolare tipologia degli interventi socio-assistenziale finora attivati.

Dai dati sul contesto socio-economico e socio-demografico, emerge una realtà quasi del tutto priva di rischi connessi alla povertà o comunque tali da non costituire un fattore sociologicamente rilevante. Sappiamo che gran parte di coloro che si trovano esclusi dal mercato del lavoro formale appartengono a fasce d'età particolarmente giovani, presumibilmente sostenute dalle reti familiari e dalle opportunità del lavoro «sommerso». Tuttavia, le reti informali di tutela non garantiscono l'inclusione continua nel mercato del lavoro, né assicurano percorsi individuali privi di rischio. L'impossibilità di accedere al sistema assicurativo nazionale, maturando un'adeguata storia contributiva, costituisce già di per sé una debolezza che espone a rischi di povertà lungo tutto il ciclo di vita, ed una politica sociale che si vuole seria e coscienziosa non può eludere la progettualità dell'intervento, continuando a lavorare unicamente sull'emergenza e sull'estemporaneità.

Va tuttavia sottolineato l'intervento che in taluni casi l'Ufficio Assistenza ha realizzato, in alternativa all'erogazione economica, offrendo un inserimento lavorativo, seppure a tempo determinato (sostituzione di un operaio in malattia presso servizi pubblici comunali). Sebbene questi casi siano isolati costituiscono una possibile direzione per migliorare l'efficacia del servizio e per tamponare situazioni di emergenza, evitando così pericolosi slittamenti nel tenore di vita già precario della persona in stato di bisogno. Anche dal punto di vista dell'efficienza, questo genere di interventi sono preferibili all'erogazione monetaria *tout court* poiché fanno fronte al bisogno razionalizzando i costi e, contemporaneamente, assicurano alla persona la partecipazione attiva nella soluzione del problema.

Responsabilità decisionali di questo tipo, tuttavia, non vanno delegate unicamente alla buona volontà di un singolo operatore. Sarebbe infatti auspicabile un ricorso non estemporaneo a tali decisioni, realizzabile ad esempio mediante un coordinamento attivo con l'Ufficio Provinciale del Lavoro, o con altre Agenzie attive nel settore occupazionale. Un tale coordinamento richiede

ovviamente tempi ridotti al minimo, tanto nella gestione delle pratiche che nei processi decisionali, questione che può essere in buona parte affrontata mediante una informatizzazione dei servizi che preveda, ad esempio, un coordinamento in rete degli stessi (compreso quello con servizi interni già attivati, come l'InformaGiovani). Una spesa in attrezzature e corsi di formazione per gli operatori sociali sull'utilizzo di tali strumenti, potrebbe costituire un utile investimento per un'organizzazione più snella ed efficiente.

Naturalmente, un intervento di questo tipo dovrebbe potersi replicare con successo senza far venire meno, in casi di reale bisogno, misure di accompagnamento nei periodi intermedi. Poter contare su un minimo vitale intervallato da momenti lavorativi costituisce un'assicurazione per l'espletamento delle necessità primarie del soggetto, offrendo contemporaneamente la possibilità di accedere ai circuiti di partecipazione sociale, come quello della formazione-lavoro, che possono facilitare l'inclusione nel nuovo mercato del lavoro.

Tralasciando il discorso più generale sul risanamento dell'economia italiana, quello che si vuole sottolineare è la possibilità, a livello locale, di contribuire alla lotta contro percorsi a rischio di povertà mediante strumenti limitati ma di grande significatività. Il criterio del Minimo Vitale, accanto ad un'assistenza economica di carattere straordinario, costituiscono strumenti di grande rilevanza per un ente locale che vuole affrontare, senza pregiudizi di sorta, il bisogno reale dei cittadini.

Ad Urbino, nell'implementazione locale delle norme concernenti l'assistenza economica degli indigenti e i bisognosi in genere, come nella maggior parte dei Comuni italiani, ha finora prevalso un elevato grado di discrezionalità nel valutare lo stato di bisogno, quindi nell'opportunità d'intervento e nelle somme da erogare. Tale discrezionalità, dovuta alla mancanza di criteri certi, regolamentati formalmente, è strettamente legata ad una delle limitazioni più vistose nei diritti delle persone in condizione di bisogno economico: il vincolo del bilancio. Pur trattandosi di un problema generalizzato su quasi tutto il territorio nazionale, riteniamo che il budget non sia un ostacolo insormontabile in un'organizzazione capace di rischiare e lavorare progettualemente. A questo proposito, va sottolineata l'importanza per tutta l'assistenza sociale della collaborazione che l'ente locale

può stringere anche con il cosiddetto «terzo settore». Come testimoniano realtà territoriali molto vicine, come quelle di Pesaro e Fano, la collaborazione tra pubblico e privato può riuscire in maniera soddisfacente, sia da un punto di vista organizzativo che programmatico. Un'attenta regolamentazione delle modalità di appalto ed una continua verifica della qualità dei servizi possono assicurare una collaborazione proficua sia dal punto di vista dell'efficacia che dell'efficienza.

Infine, uno dei problemi che limitano il riconoscimento per tutti dei diritti sociali concerne il possesso di un bene immobile, come la propria abitazione. Il Comune di Urbino, ad esempio, non prevede l'erogazione di sussidi monetari per coloro che sono provvisti di una propria abitazione. Sebbene in generale tale decisione appaia più che ragionevole, nel caso di Urbino va sottolineata la peculiarità della sua realtà abitativa. In una città universitaria priva di regolamentazione degli affitti, vendere la propria abitazione per far fronte a bisogni immediati, o a medio termine, farebbe ben presto ricadere la persona bisognosa in una situazione ancora più drammatica rispetto alla precedente. La liberalizzazione «non regolamentata» nel campo del privato abitativo costituisce ad Urbino uno dei tanti aspetti che rendono più esclusivo il parametro di selezione degli utenti, aggiungendo un ulteriore effetto paradossale nella regolamentazione locale in materia di beneficenza pubblica.

In generale, i pochi fruitori di contributi economici possono indicare un'area scoperta dal punto di vista dei diritti, piuttosto che una situazione non problematica dal punto di vista sociale. Di certo, il retaggio categorizzante non è stato ancora del tutto superato. Nel mese di luglio del 1997, l'Amministrazione ha formalizzato un Regolamento che disciplina i criteri socio-assistenziali e, nel caso dell'assistenza economica, «promuove l'uniformità degli interventi, il superamento delle categorie e la riduzione della discrezionalità mediante l'adozione del parametro del minimo vitale» (art. 4).

Come si evince dall'art. 6 del regolamento, gli interventi di carattere continuativo sono destinati a individui che rientrano nelle categorie tradizionalmente definite a rischio, anziani e disabili, per i quali si ipotizza l'erogazione di un sussidio continuativo rinnovabile annualmente, previa verifica del perdurare

Tab. 5. Sinottica sulle misure di assistenza economica e leggi regionali di riferimento

Città Leggi Regionali	Minimo Vitale continuativo e temporaneo (anno di attivazione)	Diverso dal Minimo Vitale (anno di attivazione)	Contributo straordinario (anno di attivazione)
Torino L.r. 20/82 L.r. 62/95	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1978)</li> <li>● Minimo vitale fino al limite previdenziale (anche temporaneo)</li> <li>● A titolo di prestito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo alimentare (1984, 1993)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizi integrativi al Minimo Vitale (1978)</li> <li>● Servizi sostitutivi (1984)</li> <li>● Contributi straordinari (2MV)</li> </ul>
Milano L.r. 1/86	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1988)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sussidi per adulti R-N (1990)</li> <li>● Sussidi per minori SSMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Straordinario <i>una tantum</i> (1990)</li> </ul>
Bergamo L.r. 1/86	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1988)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Straordinario <i>una tantum</i> (1988)</li> </ul>
Bolzano L.p. 69/73 L.p. 13/91	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1973, 1991)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <i>Taschengeld</i> (assegno per piccole spese)</li> <li>● Contributo per la continuità familiare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Straordinario <i>una tantum</i> (1991)</li> </ul>
Trento L.p. 14/91	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervento economico continuativo (compreso temporaneo) (1980, 1991) (1994: 402.000)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interventi economici <i>una tantum</i> (1991)</li> </ul>
Piacenza L.r. 2/85	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Integrazione economica al Minimo Vitale del Comune (1980)</li> <li>● Contributo al Minimo Vitale della USL</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interventi di assistenza economica straordinari - Comune (1980)</li> <li>● Contributi straordinari - USL</li> <li>● Contributi riscaldamento - Comune</li> </ul>
Bologna L.r. 2/85	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1971, 1986)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sussidio continuativo - Comune (1993)</li> <li>● Sussidio continuativo-USL (1991)</li> <li>● Sussidi continuativi integrativi e/o sostitutivi di servizi-USL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sussidio <i>una tantum</i> - Comune (1971, 1986)</li> <li>● Sussidio <i>una tantum</i> - USL</li> </ul>
Ancona L.r. 43/88	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assegno continuativo di mantenimento (1981)</li> <li>● Assegno temporaneo di mantenimento</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assegno straordinario <i>una tantum</i> (1981)</li> </ul>

Pesaro L.r. 43/88	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica continuativa (compreso temporaneo) (1982)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica straordinaria (1982)</li> <li>● Assistenza economica per spese sanitarie (MV + 20% per anziani)</li> </ul>
Urbino L.r. 43/88	<i>Interventi continuativi e temporanei per bisogni vitali</i>	<i>Sussidi a titolo di prestito Contributi straordinari e sussidi per bisogni urgenti</i>
Reggio Calabria L.r. 5/87	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale a carattere continuativo (1986, 1992)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica straordinaria</li> </ul>
Firenze L.r. 42/92	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica continuativa per bisogni vitali (n.p.)</li> <li>● Assistenza economica temporanea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica straordinaria</li> </ul>
Catania L.r. 22/86	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimo vitale (1983)</li> </ul>	
Roma no fino al 1996	no fino al settembre 1996 quando è stata approvata la L.r. 38/96.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contributo ordinario (1982) 800.000 anziani 700.000-1.000.000 famiglie</li> <li>● Contributo straordinario (1976, 1984)</li> </ul>
Napoli L.r. 47/85 (fondo spesa)	no	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sussidio ex ECA per disoccupati</li> <li>● Sussidi ex ENAOLI</li> <li>● Sussidi per ex detenuti e loro famiglie tutti sospesi dal 1993 per dissesto finanziario</li> <li>● Sussidi straordinari a disposizione del sindaco (1958). Sospeso dal 1993</li> </ul>
Cosenza L.r. 5/87	no	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza ex ECA (1977, 1983)</li> </ul>
Bari (no)	no	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Assistenza economica di base (1987, mai attivata)</li> <li>● Assistenza economica straordinaria (1987)</li> </ul>
Messina L.r. 22/86	no	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servizio madri nubili (1991)</li> <li>● Sussidio ex enaoli (1986)</li> <li>● Sussidio ex anmil (1986)</li> <li>● Contributo economico di solidarietà (sospeso dal 1990)</li> </ul>

dello stato di bisogno. Tale sussidio, erogato quando «non possa supplirsi attraverso le varie strutture e attività assistenziali del Comune» corrisponde ad un importo fissato dalla Giunta comunale annualmente, secondo il criterio del minimo vitale. Così come nella legge regionale, al centro dell'indagine, non era definito, tuttavia, alcun parametro circa la soglia definita minima, rispetto alla quale viene erogato l'importo.

Il regolamento prevede anche l'erogazione di sussidi temporanei di durata semestrale, definiti sempre secondo il criterio del minimo vitale. In questo caso, i destinatari sono persone o nuclei familiari temporaneamente sprovvisti del reddito sufficiente a soddisfare i bisogni vitali, poiché non possono accedere momentaneamente al lavoro o ne siano emarginati per cause non totalmente imputabili alla loro volontà (art. 8). Non vengono tuttavia fornite indicazioni trasparenti su chi possano essere i destinatari del sussidio, il cui bisogno non sia dettato «totalmente dalla propria volontà».

Vengono, inoltre, previsti sussidi a titolo di prestito per coloro che sono in attesa delle prestazioni INPS o di invalidità civile. Tali sussidi, erogati senza interessi, vengono definiti sempre in base al criterio del minimo vitale, che sappiamo non ancora definito.

Infine, nell'art. 10, viene prevista anche una erogazione straordinaria «una tantum» per bisogni di carattere eccezionale e contingente. In questo caso, i destinatari sarebbero tutti coloro che si trovano in stato di bisogno, senza vincoli d'età o di invalidità. Tuttavia, non vengono menzionati i parametri concernenti l'entità minima della somma, per cui il tutto è ancora una volta lasciato alla discrezionalità dell'operatore addetto in base alla disponibilità di bilancio. Nello stesso articolo si menziona anche l'eventuale erogazione di *sussidi straordinari* volti a sopperire particolari inderogabili bisogni di vita che richiedono interventi immediati. Tali sussidi vengono tuttavia fissati dal Sindaco o dall'Assessore o dal Segretario Generale, tramite l'Ufficio Economato, entro i limiti massimi fissati dall'Amministrazione Comunale.

Per il resto, si prevedono anche spese scolastiche inerenti alla scuola dell'obbligo, sottoforma di pagamento libri o esonero pa-

gamento della retta per la mensa scolastica e per il trasporto scolastico.

In generale, a parte l'assistenza continuativa che sappiamo essere destinata unicamente ad anziani e disabili, il regolamento dell'assistenza economica straordinaria è quasi del tutto privo di parametri sui destinatari del servizio.

Il punto problematico è che, sebbene la differenziazione ed eterogeneità delle politiche locali, comprese quelle attivate presso Comuni appartenenti ad una stessa Provincia, non costituiscano in linea di principio un problema, poiché spesso si adeguano a contesti socio-economici diversi, l'eterogeneità non deve riflettersi in diritti differenziati da un punto di vista sostanziale. La realizzazione di uno stesso diritto può richiedere strategie diverse, ma non può prescindere dal garantire a fronte di una medesima condizione di bisogno un eguale accesso ad un intervento adeguato.

#### *Le politiche di integrazione degli anziani*

Come abbiamo visto nella descrizione del contesto demografico urbinato, gli anziani costituiscono una quota consistente e crescente della popolazione. Questa situazione, non particolarmente dissimile dalla media nazionale, si è riflessa nel fatto che il comune nel 1996 ha impiegato una buona parte delle risorse socio-assistenziali per far fronte alle loro esigenze.

Nell'ambito delle politiche esistenti a livello nazionale per l'integrazione sociale, gli interventi rivolti alla fascia anziana della popolazione costituiscono una fetta ormai sempre più consistente. I rischi indotti dall'età, in riferimento alla salute precaria, alle condizioni della struttura familiare, alla mancanza di autonomia psicofisica, sono il motivo principale per l'attivazione delle misure volte a contenere e/o eliminare l'emarginazione sociale, oltre che a lenire le sofferenze di natura più prettamente fisica. Va tenuto presente, inoltre, che rispetto ai percorsi di impoverimento gli strumenti di integrazione sociale giocano un ruolo importante nel processo di prevenzione poiché forniscono risorse anche non monetarie per fronteggiare situazioni di bisogno complesse.

Ad Urbino, in contrasto rispetto alla tendenza nazionale, la maggior parte del budget finanziario è stato investito nella «Casa Albergo». Attualmente, infatti, gli indirizzi socio-assistenziali delle politiche a favore degli anziani si muovono lungo un percorso di de-istituzionalizzazione, mediante l'attivazione del servizio di Assistenza domiciliare, integrato in alcuni casi dalla funzione sanitaria svolta dalle Aziende-USL. In Italia, nonostante la mancanza di una legge quadro di riordino delle competenze socio-assistenziali, l'Assistenza domiciliare agli anziani si è infatti sviluppata su tutto il territorio nazionale, anche se in maniera differenziata a seconda dei criteri di erogazione del servizio. Il servizio viene rivolto prevalentemente alla popolazione anziana, anche se in alcuni Comuni la prestazione è rivolta anche ad altre categorie di utenti, come i disabili, i minori in famiglie problematiche e in alcuni casi anche gli adulti in condizioni particolari di bisogno (Trento, Torino, Milano, Piacenza, Firenze, Ancona, Pesaro e Roma). I destinatari sono per lo più persone con problemi di autonomia, di capacità gestionale delle attività quotidiane, svincolati dalle reti di sostegno parentale. Tendenzialmente, comunque, si tratta di un servizio a cui tutti possono accedere, previa corresponsione di una tariffa stabilita localmente in base alla fascia di reddito. Naturalmente, il grado di non autosufficienza, l'isolamento e il basso reddito concorrono nel determinare la priorità alla fruizione. Il servizio è, comunque, gratuito per tutti coloro che percepiscono un reddito inferiore a quello del Minimo Vitale. Per quanto riguarda il concorso di spesa da parte dell'utente, i criteri sono stabiliti localmente.

Ad Urbino, il servizio di Assistenza domiciliare è stato attivato nel 1982, con riferimento alla L.r. 18/82 in favore delle persone handicappate. Tale legge, trasformata ulteriormente nel 1996 (L.r. 18/96), pur mantenendo le caratteristiche fondamentali, favorisce, attraverso un proprio concorso finanziario, le iniziative dei Comuni rivolte ad assicurare l'assistenza domiciliare con prestazioni a carattere sociale e infermieristico (art. 11).

Fino al 1986, il servizio è stato erogato gratuitamente. Dal 1994 in poi, invece, mediante la delibera di G.m. n. 1420, è stata prevista una corresponsione economica determinata in base al reddito dei beneficiari:

Tab. 6.

Reddito	Tariffa
0-700.000	15.000 mensili *
700.001-750.000	4.000 (ora) *
750.001-850.000	5.000 (ora) *
850.001 e oltre	8.000 (ora)
pens. + indenn. accompagnam.	10.000 (ora)

\* Vengono aggiunte £ 1000 per gli utenti se gli utenti sono proprietari o usufruttuari di beni immobili o se la prestazione viene rivolta ad altro membro della famiglia.

Come nel resto delle città italiane, il servizio, gestito da una cooperativa sociale mediante le prestazioni di 5 assistenti domiciliari, si articola come segue:

\* Aiuto domestico e personale (pulizia personale e dell'abitazione, acquisto del cibo ed eventuale preparazione pasti, stiratura biancheria, commissioni varie);

\* Aiuto sociale (accompagnamento visite mediche o terapie, passeggiate, commissioni riguardanti pratiche burocratiche, pagamenti o riscossioni, rapporti con medici e altri operatori sanitari).

Eccezionalmente, questi servizi vengono supportati da altri, come il servizio lavanderia o il vitto prelevato alla mensa comunale o alla Casa Albergo. Non sono infatti previsti interventi combinati.

L'erogazione delle ore destinate all'Assistenza domiciliare, inoltre, non è regolamentata formalmente, per cui dipende esclusivamente dalla discrezionalità degli operatori sociali che valutano le esigenze dell'anziano. La mancata regolamentazione del tempo da dedicare agli anziani, sebbene sia in linea con la necessità di individualizzazione dell'intervento, difficilmente standardizzabile, non può tuttavia prescindere da criteri di riferimento più generali che, però, non sembra siano espliciti. L'intervento infatti viene programmato sicuramente secondo la gravità dello stato di bisogno, ma anche in base alle ore disponibili.

Al momento della ricerca, l'Assistenza domiciliare attivata dal Comune non prevedeva protocolli d'intesa con L'Azienda sanitaria per la realizzazione di interventi integrati, come già avve-

niva su quasi tutto il territorio nazionale, in particolare nelle città del Centro-Nord. In seguito ai Progetti Obiettivo Anziani, si è infatti diffusa sia a livello operativo che organizzativo l'integrazione dell'ambito sociale con quello sanitario (ADI)<sup>16</sup>. Con l'Assistenza domiciliare integrata, il livello qualitativo delle prestazioni è significativamente migliorato ed inoltre ha permesso di procedere concretamente verso la de-istituzionalizzazione, rispondendo sia alle esigenze di razionalizzazione dei costi, dato che i «ricoveri» sono molto più costosi dell'ADI, che ai bisogni di autonomia degli utenti.

L'integrazione tra servizi sanitari e sociali incontra purtroppo alcuni problemi che in parte costituiscono una delle conseguenze delle trasformazioni portate dai Dlgs 502/92 e 517/93 di riforma del sistema sanitario e di aziendalizzazione delle Usl. La titolarità politica prima concentrata negli enti locali (in specifico i Comuni), è ora distribuita fra le regioni (da cui dipendono le aziende sanitarie) e i comuni da cui dipende l'esercizio delle funzioni di assistenza sociale. In questo modo sono chiamate ad intervenire responsabilità istituzionali e gestionali diverse, generando conflitti d'interesse.

Laddove l'ADI è una realtà operativa, l'assistenza domiciliare viene fatta rientrare in un progetto più complesso che prevede la combinazione di più servizi, tra i quali per esempio anche il telesoccorso. La valutazione e selezione dei casi da ammettere alla prestazione sanitarie viene svolta dalle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) delle USL. Sono i medici di base ad essere coinvolti in prima persona, e tendenzialmente a loro compete l'i-

<sup>16</sup> Il D.p.r. del 1° marzo 1994 - «Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il Triennio 1994-1995» - in conformità con quanto previsto nei Decreti di riordino del Servizio Sanitario Nazionale 502/92 e 17/93 e la legge 142/90, rappresenta il testo base del nuovo assetto del sistema socio-sanitario regionale. I Progetti Obiettivo degli anziani regionali vengono definiti in coerenza con gli esercizi pianificatori nazionali seguenti: il Piano Sanitario Nazionale del 25.11.93 (atti d'intesa tra Stato e Regioni); il Progetto obiettivo nazionale «Tutela della salute degli anziani» del 30.12.92 approvato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati e dalla Commissione Igiene e Sanità del senato della repubblica; monitoraggio del progetto Obiettivo Anziani; «Scheda di rilevazione sulla realizzazione del P.O.A.»; Linee Guida del Ministero della Sanità; D.c.p.m. del 8.8.85 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di attività e rilievo sanitario con quelle socio-assistenziali»; Legge 725/94 (Legge Finanziaria 1995).

niziativa di sottoporre le situazioni all'Azienda-USL di competenza, anche se poi le segnalazioni possono arrivare da più parti, soprattutto dai parenti.

In molti Comuni, inoltre, l'elemento prettamente socio-assistenziale e sanitario viene spesso a combinarsi con quello psicologico. L'obiettivo è quello di integrare l'anziano negli ambiti di partecipazione sociale, di evitare la marginalizzazione, prevenendo lo slittamento dell'utente in condizioni psicofisiche ancora più problematiche e gravose. Tale aspetto, coerentemente con tutti gli interventi più moderni contro la marginalità sociale, è centrale nelle ultime politiche di gestione del servizio. Se all'origine i servizi offerti erano prevalentemente quelli di accudimento della casa, di igiene personale, di disbrigo di servizi esterni e, con l'ADI, di assistenza medica e infermieristica, attualmente viene offerto anche un supporto psicologico e relazionale. La maggior parte dei Comuni del Centro-Nord dell'Italia, lavorando mediante convenzione con cooperative sociali, richiedono infatti specifiche competenze per gli Assistenti Domiciliari, tra le quali non di poca rilevanza acquista una buona conoscenza della «psicologia dell'anziano» e una capacità attitudinale nella gestione della comunicazione interpersonale.

A questo proposito, un accento va posto proprio sulle modalità di coordinamento tra pubblico e privato, di rilevanza sempre più significativa nel settore dei servizi alle persone, dato che lo strumento della convenzione fa fronte anche all'attuale tendenza di riduzione dell'organico comunale. Generalmente, le convenzioni prevedono l'appalto di quasi tutte le prestazioni di AD (Piacenza, Roma, Ancona e Messina); a Bologna e Catania il personale di cooperative convenzionate rappresenta il 90%; a Milano il 65%; nelle restanti città campione dell'indagine nazionale, il personale convenzionato è pari a circa la metà degli operatori complessivi. Solamente Napoli costituisce una vistosa eccezione, in quanto gli interventi vengono effettuati solamente da dipendenti comunali, a seguito delle massicce assunzioni effettuate nel quadro della L. n. 285/77 a favore dell'Occupazione Giovanile. I vantaggi del ricorso al convenzionamento con cooperative sociali sono molteplici. Anzitutto la diminuzione dei costi, dato che il personale viene pagato a tariffa oraria; inoltre, la possibilità operativa che permette la programmazione degli orari in base

alle reali esigenze degli utenti; infine, la qualificazione del personale addetto all'assistenza domiciliare sottoposto a continuo aggiornamento e formazione, così come è richiesto in sede contrattuale dalle Amministrazioni comunali. Il ricorso al convenzionamento richiede ovviamente capacità organizzativa e gestionale da parte dell'ente locale, il quale deve accertarsi continuamente della conformità degli operatori sociali agli standard di prestazione previsti.

In generale, comunque, l'integrazione tra sociale e sanitario richiede coordinamento tra le diverse competenze, una sinergia di cui devono dotarsi tutte le organizzazioni che si occupano di servizi alle persone.

Esistono naturalmente anche altri servizi che fungono da supporto per l'Assistenza domiciliare. In molti Comuni italiani sono infatti stati attivati Centri ricreativi, oppure Centri Diurni Integrati. Nel primo caso, i Centri sono essenzialmente ambiti di aggregazione gestiti da operatori-animatori che organizzano attività di vario tipo, anche di carattere strettamente culturale. I secondi, gestiti direttamente o in convenzione dalle USL, offrono servizi di carattere assistenziale e sanitario. Un'altra prestazione di grande rilevanza consiste nell'erogazione dell'assegno di cura. Si tratta di un contributo economico destinato alle famiglie che mantengono il proprio familiare-anziano non autosufficiente nella contesto familiare. Questo intervento, particolarmente innovativo, rientra a pieno titolo nelle politiche volte a contrastare l'emarginazione sociale, poiché permette di evitare la soluzione dell'istituzionalizzazione, contribuendo altresì ad una politica economica più efficiente. Questo strumento viene finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale, previsto nel Progetto Obiettivo Anziani nazionale.

Infine, un'ulteriore intervento coerente con la politica di integrazione sociale, è quello dell'Assistenza domiciliare Indiretta. Si tratta di un'erogazione monetaria finalizzata a coprire totalmente o in parte le prestazioni di assistenza domiciliare acquistando direttamente sul mercato. In tutti i casi, l'accesso al servizio è vagliato dalle condizioni di reddito, le cui soglie di base sono definite localmente.

Per quanto riguarda l'assegno di cura, nel 1996 il Comune di Urbino ha stanziato una somma di £ 10.000.000 che tuttavia

non è stata utilizzata per mancanza di richieste. L'unica domanda in merito non ha avuto attuazione positiva perché la documentazione presentata non rispondeva ai criteri definiti dall'Amministrazione.

Non esistono invece un servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta, né un Centro Diurno adibito specificatamente alle attività del tempo libero, nonostante il Comune offra la possibilità di accedere durante il giorno alle strutture della Casa Albergo. Il tempo libero viene gestito nel periodo estivo mediante l'organizzazione di vacanze-soggiorno fuori dal territorio urbinato, e nel periodo invernale a cadenze mensili con manifestazioni di giochi e balli. Una delle maggiori carenze riscontrate ad Urbino è stata la mancanza di un servizio di Assistenza domiciliare integrata, con Comune e ASL in stretta collaborazione. Come nella maggior parte delle città meridionali, a tutt'oggi non sono state realizzate convenzioni tra i due enti, e questo significa rinunciare ad un'occasione di enorme rilevanza per i servizi pubblici, in termini sia di efficienza che di efficacia. Non dimentichiamo che l'Assistenza domiciliare nasce per dare una risposta più «umana» ai bisogni degli anziani, oltre che per far fronte ad una trasformazione avvenuta nel tessuto socio-demografico che ha reso i vecchi strumenti d'intervento spesso inefficaci e sempre più costosi. Anche l'Assistenza domiciliare offerta dal Comune può essere ulteriormente potenziata, sia qualitativamente che quantitativamente. Come è stato osservato precedentemente per altre realtà presenti sul territorio nazionale, l'Assistenza domiciliare non deve ridursi unicamente ad un disbrigo delle pratiche quotidiane di pulizia e accompagnamento, ma può diventare un vero servizio di supporto contro il senso di marginalità ed esclusione sociale in cui vertono molti anziani. Questo significa poter garantire competenze adeguate anche in merito alle relazioni di carattere interpersonale. Tali competenze andrebbero sottolineate esplicitamente nella convenzione che il Comune stipula con la cooperativa che gestisce il servizio.

Una delle questioni che il Comune di Urbino dovrà affrontare in futuro sarà, quindi, la razionalizzazione dei costi a fronte di un'offerta efficace e rispondente ai bisogni effettivi di un'utenza in forte crescita. Per far questo è necessaria un'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali al fine di ridurre al minimo la

Tab. 7. Sinottica sulle misure di Assistenza domiciliare

Città	Leggi regionali (P.O.A.)	Anno di attivazione e regolamenti comunali	A.D.I.	Assegno di cura Assistenza Domiciliare Indiretta
Torino	L.r. 20/82 PSSR 90-92 e delibera attuativa del 22.2.93 L.r. marzo 1995	1984 Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	Protocollo d'intesa 93 (attivata)	Affidamento familiare limitato
Milano	L.r. 1/86 PSA-R 88/90 n. 871/87 e proroghe P.O.A.-R 95-97	1984 Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	Protocollo d'intesa 93 (attivata)	1993 Assegno di Cura (Assegno terapeutico)
Trento	L.r. 40/77, L.p. 14/91 P.S.A. - P 93-95 n. 17279/94	1978/1991	n.d.	no
Bologna	L.r. 30/79, L.r. 2/85 L.r. 5/94 (P.O.A.-R)	1972 Dal 1990 decentrata	Protocollo d'intesa 94 e Accordo di programma 95	L.r. 5/94 Assegno di Cura
Piacenza	L.r. 30/79, L.r. 2/85 L.r. 5/94 (P.O.A.-R)	1980 Dal 1992 Servizio Integrato Domiciliare (SID)	Accordo di programma in via di realizzazione	L.r. 94 Assegno di Cura - attivato dall'ASL dl gennaio 1995
Firenze	L.r. 15/76 L.r. 61/90 L.r. 42/92 P.O.A.-R 168/92 P.R.A.S. 93-95 n. 337/94	Anni '70-90 Regolamento Comunale 108/94	R.c. 108/94	L.r. 49/93 A.D. Indiretta
Ancona	L.r. 43/88 Regolamento-R 24/89 Servizio SAD	1981 Delibera Comunale 776/94		Solo A.D. Indiretta
Pesaro	L.r. 43/88 Regolamento-Regionale 24/89 SAD Delibera Regionale 3051/91	Regolamento Comunale del 1995	1977 Delibera C.r. 3051/91 (non attivata)	Solo A.D. Indiretta

Urbino	L.r. 18/82 divenuta poi: L.r. 1982 18/96 Delibera di G.m. n. 1420/94		Manca un protocollo d'intesa non attivato con l'USL
Roma	L.r. 11/86 L.r. 80/88	delibere C.c. 1031/82 1561/84 e 2420/84	Delibera C.r. 1020/89 e Pro- posta 1993 (non attivata) non attivato
Napoli	(L. n. 285/77) L.r. 29/81 e L.r. 46/85 e integrazioni L.r. 21/89	Delibera c.c. 282/80 Istituzio- ne dell'ufficio Assistenza do- miciliare Anziani (A.D.A.)	Delibera c.c. 416/82 e proto- collo di intesa con ASL, '95 (non attivata) Delibera c.c. 154/89 «Anziani in Famiglia» non attivato
Bari	L.r. 49/81	Fino al 1987 (attualmente so- spesa) Delibera n. 160/93 «Istituzione Servizio di Assistenza Domici- liare»	L.r. 9/93 fondi per ADI non attivato delibera c.c. 5397/94 (non at- tivata)
Cosenza	(L. n. 285/77) L.r. 5/87 Regolamento-Regionale deli- bera n. 491/89	1990 fino al 1993 (attualmente sospesa)	L.r. 5/87 art. 10 (non attivata) non attivato
Messina	L.r. 87/81 integrata da: L.r. 14/86, L.r. 27/90 L.r. 22/86	1988	P.O.A.-R «Tutela della Salute degli Anziani» 20.12.94 (non attivata) non attivato
Catania	L.r. 87/81 integrata da: L.r. 14/86, L.r. 27/90 L.r. 22/86	1988	P.O.A.-R «Tutela della salute degli Anziani» 20.12.94 (non attivata) non attivato

degenza in strutture residenziali, questione che va ovviamente affrontata mediante accordi e protocolli d'intesa con le strutture sanitarie<sup>17</sup>.

### *Progettare nel rischio*

Dall'indagine svolta non si rilevano ad Urbino situazioni di rischio di povertà e tipologie di emarginati gravi. Emerge, invece, la necessità di un ampliamento dell'attività organizzativa e gestionale delle risorse disponibili in rete, mediante collaborazioni con altri enti presenti sul territorio sia pubblici che privati: dalla sanità al terzo settore.

È, infatti, conoscenza acquisita il fatto che il miglior modo per poter riuscire a gestire le risorse, economiche e non, sia quello di lavorare sinergicamente, stringendo intese e integrando le competenze. Tale necessità, tuttavia, non attiene unicamente al rapporto che il servizio sociale instaura con il suo ambiente (utenti, privato sociale, sanità, etc.), ma anche all'organizzazione interna, alla gestione delle professionalità già esistenti nell'ente pubblico. Gli operatori sociali devono essere messi nelle condizioni di poter lavorare in un contesto privo di conflitti di competenze. Il coordinamento delle funzioni e il processo decisionale devono potersi realizzare mediante una distribuzione razionale dei ruoli e una autonomia gestionale di base più ampia.

Per quanto riguarda gli interventi di sostegno economico, ad Urbino emerge la necessità di una razionalizzazione nella suddivisione delle risorse, rivedendo e meglio strutturando il regolamento interno, al fine di rispondere agli stessi principi con cui lo stesso regolamento esordisce: far fronte ai bisogni di assistenza economica limitando la discrezionalità, quindi le regole di inclusione ed esclusione dal servizio, oltre che le procedure che intercorrono tra la «domanda» e l'«offerta». Centrale in

<sup>17</sup> La stessa ASL si sta dotando di strumenti sempre più efficaci per l'AD, ritenendo di centrale importanza una riconversione del servizio prettamente ospedaliero. In questi termini si è espresso il direttore dell'azienda sanitaria, prevedendo anche una maggiore formazione nell'uso degli strumenti per gli addetti all'assistenza.

questi casi è l'attuazione di un sistema di rilevazione maggiormente efficiente che tenga conto delle esigenze d'informatizzazione e dello stretto legame con il territorio, oltre che della conoscenza dello stesso. Ovviamente tale sistema di rilevazione e di monitoraggio va realizzato considerando il diritto alla tutela delle informazioni personali e prestando particolare attenzione all'aspetto longitudinale della rilevazione, cioè alla «carriera» assistenziale delle persone in condizione di bisogno.

Per poter garantire un servizio qualitativamente valido, è necessaria una capacità gestionale di ampio respiro, snella ed aperta ad una progettualità di più lungo raggio. Il rischio che inevitabilmente comporta ogni progettualità attiene ad ogni organizzazione complessa. Ogni decisione contiene, infatti, un ampio margine di variabilità nelle sue conseguenze future, per cui può anche verificarsi che decisioni innovative possano produrre in futuro effetti non previsti e non voluti, problema che permane anche quando si decide di non decidere. Tuttavia, questo non significa che le Amministrazioni non debbano «agire», ma piuttosto che debbano farlo dandosi strumenti che le permettano di osservare il margine di variazione possibile quando decide di decidere, o non decidere, considerando il rapporto tra razionalizzazione dei costi e realizzazione di servizi efficienti ed efficaci.

Va inoltre sottolineato che, nella programmazione degli interventi, la qualità non coincide con la quantità. Attivare un nuovo servizio non sempre assicura sul suo futuro successo, per cui è indispensabile attivare un sistema di valutazione delle azioni che si stanno compiendo che coinvolga sia il sistema di ricerca che gli stessi operatori sociali, prestando attenzione all'indipendenza della valutazione.

### *Riferimenti bibliografici*

- U. Ascoli, S. Pasquinelli, *Il welfare mix*, Milano, F. Angeli, 1993.  
Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione (CIPE), *La povertà in Italia 1995*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri.  
L. Ferrajoli, *Dai diritti del cittadino ai diritti della persona*, in *La cittadinanza. Appartenenza, identità, diritti*, Bari, Laterza, 1994, pp. 263-92.  
M. Ferrera, *Stato sociale e mercato*, Torino, Fondazione Giovanni Agnelli, 1993a.

- M. Ferrera, *Modelli di Solidarietà*, Bologna, Il Mulino, 1993b.
- M. Ferrera, *Il modello sud-europeo di welfare state*, in «Rivista Italiana di Scienza della Politica», XXVI, 1, 1996, pp. 67-102.
- M. Ferrera, *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Y. Kazepov, *Ai confini della cittadinanza: il ruolo delle istituzioni nei percorsi di esclusione a Stoccarda e Milano*, in «Polis», 1995, pp. 45-66.
- Y. Kazepov, *I nuovi poveri in Lombardia. Sistemi di welfare e percorsi di impoverimento*, Quaderni Regionali di Ricerca, Regione Lombardia, I, 1995.
- Y. Kazepov, *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*, Quaderni della Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione, Roma, 1996.
- Y. Kazepov, E. Mingione, *La cittadinanza spezzata*, Armando Siciliano Ed., 1994.
- Y. Kazepov, E. Mingione, F. Zajczyk, *Esclusione sociale ed emarginazione grave: istituzioni e percorsi*, Milano, F. Angeli, 1995.
- N. Negri, C. Saraceno, *Le politiche contro la povertà in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1996.
- M. Paci, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di Welfare*, Liguori, Napoli, 1989.
- G. Zincone, *Da sudditi a cittadini*, Bologna, Il Mulino, 1992.
- D. Zolo, *La cittadinanza. Appartenenza, identità, diritti*, Laterza, Bari, 1994.

## Medici, diritto e riproduzione assistita

Primi risultati da un'indagine sulle opinioni dei medici padovani sulla riproduzione assistita e l'eventuale intervento legislativo

di Gianmaria Gioga e Federico Neresini

Ormai da molti anni in Italia si discute, a livello parlamentare e di opinione pubblica, della necessità di un intervento legislativo in materia bioetica, in particolare per quanto riguarda le problematiche connesse con la riproduzione assistita: basti pensare che nella scorsa legislatura sono stati presentati ben 17 progetti di legge, sette dei quali, predisposti da tutte le principali componenti parlamentari – da Alleanza Nazionale a Rifondazione Comunista – finalizzati a regolamentare la materia in modo organico<sup>1</sup>.

Nonostante la dichiarata unanime volontà di legiferare per porre fine a una grave situazione di anomia che ha fatto meritare all'Italia l'appellativo di *Far West della bioetica*, non si è ancora pervenuti a un accordo parlamentare, e ciò principalmente per tre ordini di motivi.

In primo luogo perché nella discussione sulle questioni bioetiche risulta in Italia preponderante la posizione di chi individua nella bioetica uno strumento di proselitismo politico e religioso (Corbellini, 1996), richiudendosi nelle proprie posizioni dogmatiche, senza ricercare un punto d'accordo accettabile sulle questioni più controverse (Massarenti, 1996; Flamigni et al., 1996). Tale atteggiamento è particolarmente visibile presso alcuni studiosi e medici di ispirazione liberista, eccessivamente preoccupati di vedere limitate le libertà individuali, ed in alcuni am-

\* Presentato dall'Istituto di Sociologia.

<sup>1</sup> Per l'elenco integrale di tutti i progetti di legge presentati durante la legislatura, si veda Camera dei Deputati - Servizio Studi, *Procreazione medicalmente assistita*, n. 72, XII Legislatura, Roma, 1995, pp. 10-11.

bienti di matrice cattolica, nei quali il timore di un diritto che in qualche modo legittimi pratiche contrarie alla dottrina della Chiesa rende preferibile l'astensione dell'intervento legislativo (Rodotà, 1994).

In tale ottica, il motivo dell'inerzia legislativa è riferibile alla diffusa tendenza a guardare al diritto come a un mezzo per proclamare ed affermare i propri valori e principi e non come strumento pragmatico per dirimere i conflitti. Paradossalmente, ciò avviene in un momento di generale sfiducia nei confronti del diritto e di svalutazione del valore delle norme di legge, provocata dalla abitudine a una

prassi legislativa sciatta e casuale, che trascura o travolge qualsiasi lavoro preparatorio, dominata dalla negoziazione minuta, con tecniche di compromesso puramente verbali che mirano sempre alla linea di minore significanza possibile nel testo legislativo: siamo assuefatti a una soglia bassa di valori delle leggi (Zatti, 1995).

In secondo luogo, non è ancora del tutto risolto il dibattito tra chi ritiene che la scienza, e la ricerca in particolare, non debbano essere normate da regole giuridiche paventando limitazioni alla libertà della scienza (Harris, 1993) e chi ritiene invece che l'intervento del diritto, in questa situazione, sia un preciso dovere politico per evitare

sia gli eventuali abusi delle tecnologie, sia la difficoltà di ricorrervi da parte di chi ne ha bisogno (Violante, 1989).

Infine, pur essendovi molti punti in comune tra le diverse proposte di legge, le posizioni su alcune questioni particolarmente controverse sul piano etico – specialmente per quanto concerne il diritto di accesso alle pratiche di fecondazione assistita per le donne non coniugate, il diritto all'anonimato del donatore dei gameti, la fecondazione eterologa in *vitro*, lo statuto dell'embrione – sono tanto divergenti da rendere difficile l'accordo, come del resto testimoniato dal difficilissimo lavoro di sintesi attuato nei documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica al fine di cercare di mettere in luce le diverse posizioni emerse nel dibattito<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La difficoltà e talvolta l'impossibilità di trovare un accordo condiviso da tutte le componenti sono evidenziate dalla stessa formulazione dei documenti

In questa situazione di stallo legislativo, il confronto e l'interazione delle diverse parti del sistema sociale (la medicina, il diritto, il sistema politico, la Chiesa) costituiscono uno dei motivi peculiari che determinano l'attenzione della sociologia nei confronti della bioetica (Neresini, 1995). In particolare, è interessante cercare di capire se e in quale misura la medicina sia disponibile ad accettare il confronto con le altre discipline e gli altri settori del sistema sociale cointeressati nelle principali questioni bioetiche o se tenda ad arroccarsi nella deontologia professionale, che diventa quindi uno strumento a difesa delle proprie prerogative.

Sulla base delle precedenti considerazioni, assume particolare rilevanza l'opinione dei medici sul possibile ruolo del diritto nella regolamentazione del metodo scientifico, della ricerca e delle sue applicazioni, con specifica attenzione rispetto alle problematiche della riproduzione assistita.

Questo contributo costituisce il resoconto di una ricerca che è stata realizzata per iniziare ad analizzare tali opinioni. Si tratta di una sintesi dal carattere esplorativo che si prefigge soprattutto di far conoscere i primi risultati dell'indagine e di proporre alcune considerazioni di carattere generale rispetto a quanto è emerso.

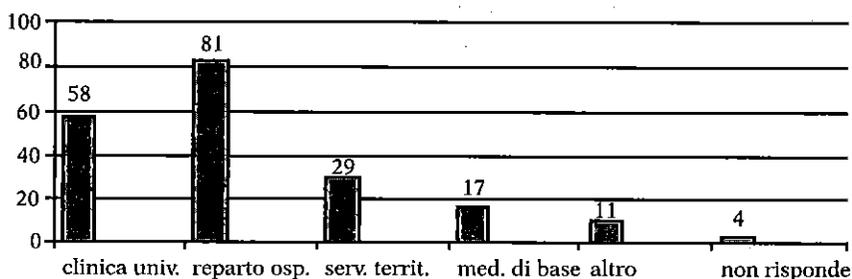
### *1. Caratteristiche generali del campione analizzato*

Il campione indagato è risultato costituito da 200 medici, operanti nella Provincia di Padova, di differenti specializzazioni e in servizio in diversi ambiti lavorativi, che hanno risposto a un questionario autosomministrato composto da 37 domande, 16 delle quali multiple e 12 graduate utilizzando il metodo della scala di Likert. Complessivamente sono stati distribuiti 350 questionari.

È importante precisare che il campione non ha rappresentatività statistica e non sono dunque possibili generalizzazioni se-

emanati dal Comitato Nazionale di Bioetica ai quali si rimanda (Comitato Nazionale di Bioetica, 1994 e 1995).

Grafico 1. Dove svolge la sua attività?



condo le regole dell'inferenza statistica, ma ben si adatta a un'indagine di tipo esplorativo, come quella effettuata.

Il campione è composto da 88 femmine (44%) e 112 maschi (56%).

Relativamente allo stato civile, vi sono 136 coniugati (68%), 55 nubili o celibi (27,5%), 4 separati (2%), 1 vedovo/a (0,5%) e 4 conviventi (2%).

Per conoscere l'area geografica di provenienza degli intervistati, il questionario chiedeva la città in cui l'intervistato ha conseguito il diploma di maturità; complessivamente 86 medici hanno ottenuto il titolo di studio a Padova (43%), 59 provengono da altre città del Veneto (29,5%), 16 da altre regioni del nord Italia (8%), 9 dal centro (4,5%), 18 dal sud (9%) e 4 (2%) dall'estero.

Il grafico n. 1 riporta l'indicazione della struttura dove i medici intervistati prestano attività lavorativa.

La percentuale di coloro che lavorano in ospedale è decisamente preponderante (139 intervistati, pari al 69,5% del campione, dei quali 81 - il 40,5% dell'intero campione - in reparti ospedalieri e 58 - il 29% - in cliniche universitarie); questo è determinato, in parte, dalla maggior facilità di diffusione del questionario tra i reparti ospedalieri piuttosto che in altri servizi, oltre che dalla particolarità dell'argomento trattato, che interessa senz'altro maggiormente l'operatività clinica e la ricerca che si attua nei reparti universitari ed ospedalieri.

Le medesime ragioni spiegano la bassa percentuale di medici di base (17, pari al 9,5%).

Tab. 1. Età dei medici intervistati

Classi di età	Da 26 a 30 anni	Da 31 a 35 anni	Da 36 a 40 anni	Da 41 a 45 anni	Da 46 a 55 anni	Oltre 55 anni	Totale
n.	17	40	52	44	34	13	200
%	8,5	20	26	22	17	6,5	100

Tab. 2. Posizione funzionale dei medici intervistati

Posizione funzionale	Primario	Aiuto	Assistente	Specializzando	Dottorando	Altro	Non risponde	Totale
n.	8	67	33	44	7	19	22	200
%	4	33,5	16,5	22	3,5	9,5	11	100

Per quel che concerne l'età e la posizione funzionale, il campione si dimostra ben distribuito (tabb. 1 e 2), con una cospicua presenza di specializzandi.

L'elevato numero di non risposte alla richiesta del livello funzionale è dovuto soprattutto alla presenza di medici di base che non trovavano la propria posizione funzionale tra quelle proposte, mentre sotto la voce «altro» figurano soprattutto «borsisti» e medici frequentatori dell'Azienda Ospedaliera di Padova, oltre che specialisti ambulatoriali.

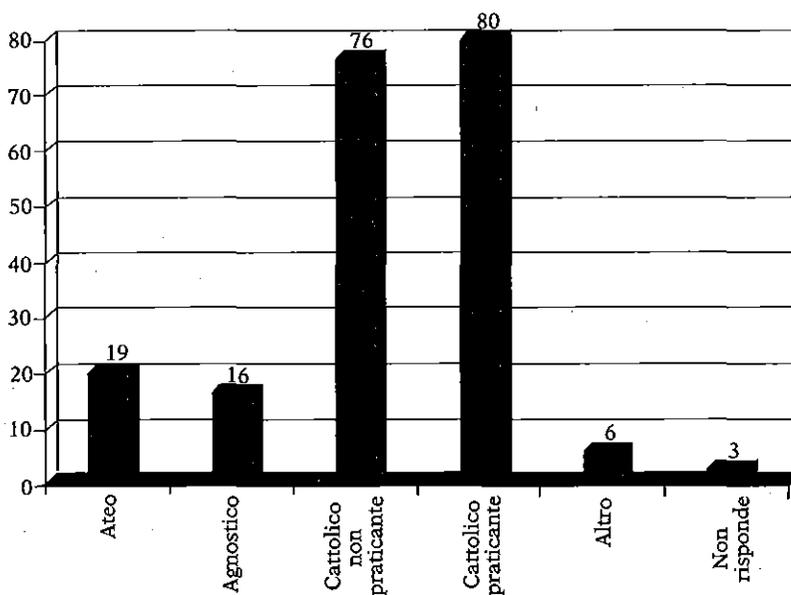
Infine, è stata rilevata la posizione nei confronti della religione (grafico n. 2). Come si può notare, 156 medici (il 78% del campione) si sono dichiarati cattolici e, tra loro, 80, pari al 40% del totale, cattolici praticanti. Gli atei e gli agnostici si attestano rispettivamente al 9,5% e all'8% degli intervistati.

## 2. Diritto e ricerca biomedica

Un primo dato rilevante è costituito dall'interesse che la ricerca ha suscitato, come conferma l'elevato numero di rientri (200 questionari su 350 distribuiti, pari al 57,1%).

Per quel che riguarda le principali ipotesi che l'indagine si proponeva di verificare, una prima indicazione interessante emerge dalla constatazione del favore incontrato dalla possibilità

Grafico 2. Nei confronti della religione.. Lei si definisce:



di una regolamentazione giuridica in materia bioetica (tabella n. 3). I medici intervistati, infatti, ritengono necessario un intervento legislativo che determini non solo i limiti o i risultati, ma anche le modalità di effettuazione delle ricerche sulla riproduzione umana (favorevole il 79,5%) e che regolamenti in modo preciso e circostanziato la ricerca-sperimentazione sugli embrioni (favorevole il 72,5%).

Come si può notare, fatta eccezione per le citate affermazioni riguardanti la necessità di un intervento legislativo, tutte le altre eventualità proposte al giudizio del campione non hanno incontrato il favore della maggioranza dei medici: in particolare, l'ipotesi di non regolamentare la materia lasciando ampia discrezionalità alla coscienza del ricercatore, o alla responsabilità normativa del solo Ordine dei Medici (così come oggi) oppure di limitare la legge al controllo e alla gestione dei risultati della ricerca, ma non alle modalità di svolgimento, raccolgono percentuali molto basse di consensi (rispettivamente il 28%, il 21% e il 25%).

Tab. 3. Opinione dei medici sulle modalità di regolamentazione della ricerca sulla riproduzione umana

Come si deve regolamentare la ricerca in tema di riproduzione umana	Grado di accordo o contrarietà				Totale
	D'accordo	Indifferente	Contrario	N.r.	
L'unico vincolo del ricercatore deve essere la sua coscienza	56 28%	9 4,5%	132 66%	3 1,5%	200 100%
Ogni comunità scientifica deve autodisciplinare la propria ricerca	99 49,5%	7 3,5%	88 44%	6 3%	200 100%
L'Ordine dei medici deve autodisciplinare ricerca e interventi	42 21%	23 11,5%	127 63,5%	8 4%	200 100%
Occorre legge che indichi solo quali sono i limiti della ricerca	121 60,5%	13 6,5%	65 32,5%	1 0,5%	200 100%
Occorre legge che regolamenti anche modalità della ricerca	159 79,5%	10 5%	27 13,5%	4 2%	200 100%
La legge deve normare i risultati ma non le modalità della ricerca	50 25%	13 6,5%	132 66%	5 2,5%	200 100%

È interessante, altresì, sottolineare come vi sia un notevole scarto tra i favorevoli alla autoregolamentazione da parte della comunità scientifica (49,5%) e i propugnatori di un codice dell'Ordine (21%), a probabile indicazione di una svalutazione della capacità dell'Ordine di interpretare correttamente le propensioni della comunità scientifica.

L'analisi degli incroci ottenuti da queste risposte con la religione professata dimostra una maggiore preoccupazione dei cattolici praticanti riguardo alla possibilità di delegare la regolamentazione della ricerca alla coscienza del ricercatore (contrario il 76,3% dei cattolici praticanti rispetto alla media generale del 66%) e alla autodisciplina di ciascuna comunità scientifica (contrario il 52,6% a fronte di una media del 44%); ugualmente, sono proprio i cattolici praticanti ad essere maggiormente favorevoli ad un intervento legislativo che si occupi anche delle modalità di attuazione della ricerca: il 47,5% si dichiara infatti molto favorevole a tale eventualità contro una media del 43%; in questo caso, peraltro, anche gli atei si attestano su posizioni più elevate della media (47,4%).

Tab. 4. Rispetto al problema della ricerca-sperimentazione sugli embrioni, ritiene che sia necessaria

	Si	No	Non so	N.r.	Totale
Legge che la proibisca	62 31%	109 54,5%	15 7,5%	14 7%	200 100%
Legge precisa e circostanziata	145 72,5%	44 22%	2 1%	9 4,5%	200 100%
Legge di moratoria temporanea	28 14%	114 57%	36 18%	22 11%	200 100%

La richiesta di una legge rigorosa e dettagliata conferma pertanto il dato precedentemente rilevato circa la necessità, segnalata dai medici, che la legge intervenga a regolamentare anche le modalità di attuazione della ricerca sulla riproduzione assistita.

Si evince, pertanto, che a fronte di un sistema legislativo che indugia e non vuole intromettersi, o non è capace di intervenire, siano invece i medici stessi a richiedere un quadro di riferimento normativo chiaro.

Per meglio approfondire questa indicazione, è necessario analizzare le risposte fornite dal campione in merito ai problemi connessi con la formazione di embrioni *in vitro* (tab. 5): una lettura superficiale della tabella precedente potrebbe far pensare, infatti, ad un accordo della maggioranza dei medici intervistati relativamente alla sperimentazione sugli embrioni. In realtà i medici, considerando l'embrione un programma biologico già cominciato da rispettare sin dal primo istante (d'accordo il 75,5%), non ritengono (il 67% degli intervistati) che la ricerca su di essi debba proseguire per i grandi vantaggi che può comportare per l'umanità, ma richiedono di migliorare le tecniche e evitare la produzione di embrioni eccedenti (d'accordo il 71%).

Un'ulteriore conferma del favore con cui i medici vedono la ricerca sugli embrioni solo quando finalizzata al miglioramento delle tecniche di fecondazione assistita, riducendo la formazione di embrioni eccedenti, si ha da altre due risposte fornite dal campione. La maggioranza dei medici infatti (il 66%) ritiene che sia opportuno fecondare solo il numero di ovociti che si sa di poter reimpiantare in una o più volte, a fronte di un esiguo 8%

Tab. 5. Grado di accordo su alcune affermazioni riguardanti i problemi posti dalla formazione di embrioni *in vitro*

Affermazioni sul problema del trattamento e sperimentazione sugli embrioni in eccedenza	D'accordo				N.r.	Totale
	Molto	Abba- stanza	Poco	Per nulla		
Un embrione è un programma biologico cominciato, quindi va rispettato sin dal primo istante	98 49%	53 26,5%	27 13,5%	10 5%	12 6%	200 100%
Un embrione è l'inizio di un programma biologico, ma soprattutto spirituale, quindi va rispettato sin dal primo istante	82 41%	36 18%	43 21,5%	27 13,5%	12 6%	200 100%
È importante continuare la sperimentazione sugli embrioni perché i risultati possono portare grandi vantaggi per l'umanità	10 5%	41 20,5%	77 38,5%	57 28,5%	15 7,5%	200 100%
Occorre continuare la fecondazione <i>in vitro</i> , migliorando le tecniche per evitare la formazione di embrioni eccedenti	78 39%	64 32%	25 12,5%	25 12,5%	8 4%	200 100%
Non si può sapere quanto l'esperienza di fecondazione artificiale od il congelamento possano influenzare la formazione psicologica della persona, quindi occorre proibire la fecondazione artificiale	15 7,5%	30 15%	81 40,5%	60 30%	14 7%	200 100%

di contrari (il restante 16% non sa o non risponde); inoltre, solo l'1% indica la ricerca quale possibile utilizzo degli embrioni eventualmente eccedenti.

Il questionario presenta un'altra domanda tesa a valutare il giudizio dei medici sul possibile intervento del diritto in tema di bioetica; in particolare, si chiede ai medici di esprimere un giudizio di accordo su diverse possibilità di regolamentare la donazione di seme od ovocita. I dati sono riportati nella tab. 6.

Come si può notare, la larghissima maggioranza degli intervistati (85%) concorda sulla necessità di un intervento legislativo che regolamenti la materia e una buona percentuale ritiene che

Tab. 6. Modalità di regolamentazione della donazione di seme od ovocita

	GRADO DI ACCORDO DI CONTRARIETÀ						Totale
	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Indifferente	Abbastanza contrario	Molto contrario	N.R.	
La pratica deve essere regolamentata da una legge	119 59,5%	51 25,5%	7 3,5%	7 3,5%	9 4,5%	7 3,5%	200 100%
La legge deve limitarsi a definire solo ciò che è vietato	18 9%	46 23%	18 9%	73 36,5%	29 14,5%	16 8%	200 100%
La regolamentazione deve essere fatta solo da un codice di autodisciplina dell'Ordine	12 6%	34 17%	19 9,5%	74 37%	45 22,5%	16 8%	200 100%
Qualunque legge deve rifarsi a un codice di autodisciplina dell'Ordine	36 18%	60 30%	19 9,5%	43 21,5%	33 16,5%	9 4,5%	200 100%

l'eventuale norma dovrebbe ispirarsi a un codice di autodisciplina redatto dall'Ordine dei medici (48%). Consensi assai più limitati hanno riscosso le proposte di una legge che si limiti a definire ciò che non è consentito (favorevole il 32%) ovvero di una regolamentazione affidata, così come attualmente in Italia, unicamente a un codice di autodisciplina dell'Ordine dei medici (favorevole il 23%).

### 3. Riproduzione assistita: il parere dei medici

È interessante, a questo proposito, verificare il grado di accordo dei medici con le diverse tecniche di fecondazione assistita nell'ambito delle «coppie stabili»<sup>3</sup>: i dati emersi (tab. 7)

<sup>3</sup> Si noti che l'espressione «coppie stabili» rimane tuttavia fortemente ambigua poiché non specifica quali caratteristiche del legame lo rendono, per l'appunto, «stabile».

indicano che le sole a riscuotere la maggioranza dei consensi sono la crioconservazione del seme partner (il 62% degli intervistati si dichiara abbastanza o molto d'accordo), la crioconservazione dell'ovocita della partner (58%) e l'inseminazione di una donna coniugata (61%).

Tab. 7. Pareri sulla fecondazione omologa di coppie stabili

Tecniche di riproduzione assistita	GRADO DI ACCORDO O DI CONTRARIETÀ						Totale
	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Indifferente	Abbastanza contrario	Molto contrario	N.R.	
Crioconservazione seme partner	40 20%	84 42%	11 5,5%	28 14%	34 17%	3 1,5%	200 100%
Crioconservazione ovocita partner	36 18%	80 40%	14 7%	31 15,5%	35 17,5%	4 2%	200 100%
Inseminazione donna coniugata	54 27%	68 34%	27 13,5%	18 9%	27 13,5%	6 3%	200 100%

Le uniche tecniche di fecondazione assistita condivise dalla maggioranza dei medici sono dunque quelle volte all'inseminazione omologa in coppie coniugate o comunque stabili<sup>4</sup>, con una percentuale di favorevoli, peraltro, neppure molto elevata.

Assai diversa risulta essere, invece, la posizione rispetto alle tecniche riconducibili all'inseminazione eterologa (crioconservazione dei gameti, inseminazione con seme da donatore e di donna nubile): in questi casi, il grado di accordo dei medici scende a percentuali che si attestano intorno al 30% (tab. 8)<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Il questionario non differenziava la crioconservazione di seme o ovocita del/la partner da quella del/la coniuge, né prevedeva, tra le diverse voci, l'inseminazione di donna non coniugata ma convivente in modo stabile.

<sup>5</sup> Franca Bimbi ha giustamente fatto notare che l'uso in termini «omologo» ed «eterologo» svela che il discorso medico non ha come referente una coppia «biologica», ma una coppia che definisce la sua relazione biologica all'interno di convenzioni sociali. È evidente che, tecnicamente parlando, non esiste seme «omologo» od «eterologo» rispetto a un certo ovulo, mentre esiste una più o meno ampia mancanza di legittimazione sociale ai rapporti extraconiugali (Bimbi, 1989).

Tab. 8. Pareri su fecondazione eterologa

Tecniche di riproduzione assistita	GRADO DI ACCORDO O DI CONTRARIETÀ						N.R.	Totale
	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Indifferente	Abbastanza contrario	Molto contrario			
Crioconservazione seme donatore	22 11%	41 20,5%	24 12%	49 24,5%	60 30%	4 2%	200 100%	
Crioconservazione ovocita donatrice	19 9,5%	35 17,5%	22 11%	57 28,5%	64 32%	3 1,5%	200 100%	
Inseminazione donna nubile	19 9,5%	33 16,5%	28 14%	48 24%	66 33%	6 3%	200 100%	
Inseminazione con seme donatore	20 10%	43 21,5%	30 15%	48 24%	55 27,5%	4 2%	200 100%	

Bisogna peraltro rilevare che la percentuale dei contrari all'inseminazione eterologa con seme da donatore è solo del 51,5%, e che le pratiche di fecondazione eterologa sono quelle che riscontrano il numero più elevato di indifferenti tra tutte le pratiche di riproduzione assistita<sup>6</sup>.

Nettamente più elevato il grado di contrarietà alle altre tecniche proposte, quelle che possono definirsi la *linea di frontiera* della fecondazione assistita: in particolare si segnala l'elevato numero di medici contrari alla donazione e crioconservazione di embrioni e pre-embriani, nonché l'elevatissima percentuale di contrari all'inseminazione di donne in menopausa (92% contro un irrisorio 3% di favorevoli) e alle pratiche di maternità surrogata (85,5% di contrari e 5% di favorevoli).

Assai interessante appare approfondire i dati emersi analizzando le differenze rilevate tra i medici secondo la posizione dichiarata nei confronti della religione.

Rispetto alla fecondazione omologa di coppie stabili, infatti, tutte le classi presentano la maggioranza assoluta di favorevoli,

<sup>6</sup> La percentuale di indifferenti si attesta infatti attorno al 13% contro una media del 7,3% registrato nelle altre affermazioni sottoposte al giudizio dei medici in questa domanda.

Tab. 9. Pareri su tecniche «di frontiera» di riproduzione assistita

Tecniche di riproduzione assistita	GRADO DI ACCORDO O DI CONTRARIETÀ						Totale
	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Indifferente	Abbastanza contrario	Molto contrario	N.R.	
Crioconservazione di pre-embrioni	6 3%	18 9%	10 5%	52 26%	109 54,5%	5 2,5%	200 100%
Crioconservazione di embrioni	3 1,5%	22 11%	7 3,5%	44 22%	120 60%	4 2%	200 100%
Donazione di embrioni	3 1,5%	9 4,5%	6 3%	46 23%	131 65,5%	5 2,5%	200 100%
Maternità surrogata	2 1%	8 4%	8 4%	44 22%	127 63,5%	11 5,5%	200 100%
Inseminazione <i>post-mortem</i>	3 1,5%	16 8%	6 3%	40 20%	132 66%	3 1,5%	200 100%
Inseminazione donna in menopausa	1 0,5%	5 2,5%	8 4%	52 26%	132 66%	2 1%	200 100%
Uso tecnologia per predeterminare il sesso	7 3,5%	6 3%	30 15%	40 20%	116 58%	1 0,5%	200 100%

compresi i cattolici praticanti, sia pure con una percentuale leggermente inferiore alla media.

Relativamente alle tecniche in qualche modo riferibili alla fecondazione eterologa – crioconservazione di gameti da donatore/trice e inseminazione con seme donato, invece, si osserva che gli unici che mantengono la maggioranza assoluta dei favorevoli sono gli atei, per i quali non si evidenziano differenze considerevoli rispetto alle posizioni espresse per l'inseminazione omologa.

In tutti gli altri casi si registra un incremento considerevole dei contrari, in particolare per quel che riguarda i cattolici praticanti, i quali presentano la maggioranza assoluta (65%) dei contrari all'inseminazione con seme da donatore, trascinando in tale direzione il dato complessivo visto che, si ricorda, i cattolici praticanti costituiscono da soli il 40% dell'intero campione considerato. Coloro che si dichiarano atei sono inoltre gli unici fa-

vorevoli all'inseminazione di donne nubili, mentre in questo caso si evidenzia un dato elevato di indifferenti tra gli agnostici (18,8%) e i cattolici non praticanti (23,7%).

La percentuale dei cattolici praticanti che si dichiara molto contraria a tale possibilità raggiunge il 46,3%.

#### 4. Conclusioni

Da quanto rilevato si può concludere che i medici intervistati, per quel che riguarda la ricerca in tema di riproduzione umana, non ritengono il possibile intervento legislativo una indebita interferenza nella ricerca scientifica, ma – al contrario – ne auspicano una formulazione precisa, che non solo determini i limiti e controlli le applicazioni dei risultati della ricerca, ma che indichi anche le modalità di effettuazione.

Non si è infatti riscontrato il desiderio di demandare alla coscienza del singolo ricercatore o alle determinazioni dell'Ordine dei medici la responsabilità di decidere in una materia tanto complessa e controversa, anche se la legge, per quasi la metà degli intervistati, dovrebbe comunque rifarsi a un Codice di Autodisciplina dell'Ordine.

Per quel che concerne i contenuti di una eventuale normativa, emerge una netta contrarietà alla donazione e alla crioconservazione di embrioni, alla maternità surrogata, all'inseminazione *post-mortem* e delle donne in menopausa, nonché alla possibilità di effettuare ricerche e sperimentazioni sugli embrioni, se non finalizzate unicamente a limitarne la produzione in numero eccedente a quello che si sa di dover reimpiantare.

Il campione indagato è dunque sostanzialmente d'accordo non solo con le determinazioni prese dall'Ordine Nazionale nel nuovo Codice Deontologico in materia di riproduzione assistita, ma anche, almeno nei punti essenziali riguardanti le tecniche oggetto di più vivace discussione da parte dell'opinione pubblica, con le proposte di legge giacenti in Parlamento. Un ulteriore dato che rafforza l'ipotesi che i tempi per l'emanazione di un testo normativo in tema di riproduzione assistita siano ampiamente maturi e che le forze politiche debbano al più presto porre fine agli indugi e assumersi la responsabilità di intervenire nella materia bioetica, evitando di arroccarsi su posizioni dog-

matiche e oltranziste, ma ricercando un accordo pragmatico sui molti aspetti che vedono pressoché concorde la pubblica opinione.

### *Riferimenti bibliografici*

- F. Bimbi, *La riproduzione sociale come costruzione sociale*, in A. Di Meo, C. Mancina (eds), *Bioetica*, Bari, Laterza, 1989.
- G. Corbellini, *Bioetica all'italiana*, «La Rivista dei Libri», 12, 1996, pp. 26-28.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *Parere del CNB sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e conclusioni*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1994.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *La fecondazione assistita. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1995.
- C. Flamigni, A. Massarenti, M. Mori, A.M. Petroni, *Manifesto di bioetica laica*, «Il Sole-24 ore», 9 giugno 1996.
- J. Harris, *Regolamentazione bioetica e legge*, in S. Rodotà (a cura di), *Questioni di bioetica*, Roma-Bari, Laterza, 1993.
- A. Massarenti, *Per una bioetica laica*, «La Rivista dei Libri», 10, 1996, pp. 38-39.
- F. Neresini, *Bioetica e medicina tra scienza, diritto e società*, «Sociologia del diritto», 2, 1995, pp. 95-126.
- S. Rodotà, *Strategie per legiferare in bioetica*, «Bioetica», 1, 1994, pp. 122-125.
- L. Violante, *Bio-jus. I problemi di una normativa giuridica nel campo della biologia umana*, in A. Di Meo, C. Mancina (eds), *Bioetica*, Bari, Laterza, 1989.
- P. Zatti, *Bioetica e diritto*, «La Rivista Italiana di Medicina Legale», 1, 1995, pp. 3-20.

